



BUPATI BANYUMAS
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI BANYUMAS
NOMOR 66 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANYUMAS,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga Rumah Sakit harus mempunyai standar pelayanan minimal untuk menjamin mutu pelayanan;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri tentang Badan Layanan Umum Daerah, standar pelayanan minimal pada badan layanan umum daerah ditetapkan dengan peraturan bupati;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6178);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 178);
9. Peraturan Bupati Banyumas Nomor 109 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Kelas B Pendidikan Kabupaten Banyumas (Berita Daerah Kabupaten Banyumas tahun 2021 Nomor 110);
10. Peraturan Bupati Banyumas Nomor 19 Tahun 2022 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas (Berita Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2022 Nomor 19);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANYUMAS.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Banyumas.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Banyumas.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas yang selanjutnya disebut RSUD Banyumas adalah Badan Layanan Umum Daerah yang merupakan unit pelaksana teknis daerah sebagai unit organisasi bersifat khusus pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan Daerah pada umumnya.

7. Direktur adalah Direktur RSUD Banyumas.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Banyumas kepada masyarakat.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal dan ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur minimal yang diberikan RSUD Banyumas.
10. Hari adalah hari kerja.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSUD Banyumas.
- (2) Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. guna menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD Banyumas dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan
 - b. memberikan kepastian hukum bagi RSUD Banyumas dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat.

BAB II RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini meliputi:

- a. jenis pelayanan;
- b. indikator dan standar pelayanan minimal;
- c. target dan waktu pencapaian standar pelayanan minimal;
- d. pembinaan dan pengawasan; dan
- e. evaluasi dan pelaporan.

BAB III JENIS PELAYANAN

Pasal 4

Jenis pelayanan yang disediakan RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, meliputi :

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan transfusi darah;
- m. pelayanan keluarga miskin;

- n. pelayanan rekam medis;
- o. pengelolaan limbah;
- p. pelayanan administrasi manajemen;
- q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- s. pelayanan laundry;
- t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- u. pencegah Pengendalian Infeksi.

BAB IV INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, mempunyai indikator dan Standar Pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang wajib dipenuhi oleh RSUD Banyumas.
- (3) Indikator dan standar pelayanan RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib dilaksanakan oleh RSUD Banyumas untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (4) Pejabat Pengelola di lingkungan RSUD Banyumas bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (6) Setiap Jenis pelayanan, Indikator, Standar Pelayanan dan Target pencapaiannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk pengembangannya akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur RSUD Banyumas.

BAB V TARGET DAN WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, memuat target pencapaian SPM.
- (2) Target pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan RSUD Banyumas yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumber daya yang ada, serta memperhatikan target Standar Pelayanan Minimal Nasional
- (3) Penyusunan target pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan.

- (4) Target pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

- (1) Bupati menyelenggarakan pembinaan terhadap penerapan SPM RSUD Banyumas.
- (2) Pembinaan terhadap penerapan SPM RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Guna mendukung pembinaan penerapan SPM RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur wajib memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Banyumas sesuai dengan SPM.
- (4) Fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

Pasal 8

- (1) Bupati menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM pada RSUD Banyumas.
- (2) Pengawasan penerapan SPM RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah (APIP).

BAB VII EVALUASI DAN PELAPORAN

Pasal 9

- (1) Direktur melakukan evaluasi dan perbaikan pencapaian SPM RSUD Banyumas secara berkelanjutan.
- (2) Hasil Evaluasi dan perbaikan pencapaian SPM RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Bupati melalui Kepala Perangkat Daerah yang membidangi kesehatan.

Pasal 10

- (1) Direktur menyusun laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Banyumas setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Banyumas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD Banyumas.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Purwokerto
pada tanggal 27 Oktober 2022

BUPATI BANYUMAS,

ttd

ACHMAD HUSEIN

Diundangkan di Purwokerto
pada tanggal 27 Oktober 2022
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BANYUMAS
ttd

WAHYU BUDI SAPTONO
Pembina Utama Madya
NIP. 19640116 199003 1 009

BERITA DAERAH KABUPATEN BANYUMAS TAHUN 2022 NOMOR 66

Salinan sesuai dengan aslinya



ARIF ROHMAN, S.H.
Penata Tingkat I
NIP. 197505312009031002

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI BANYUMAS
 NOMOR 66 TAHUN 2022
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 BANYUMAS

INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100 %
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70%
		7. Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam	100 %
		9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %

2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikitik d. Gangguan e. Neurotik f. Mental Retardasi g. Mental Organik h. Usia Lanjut
		4. Jam buka pelayanan	Hari Senin sampai dengan Sabtu 08.00 s/d 13.00 WIB Hari Jumat 08.00 - 11.00 WIB
		5. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%
		7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	a. ≥ 60% b. ≤ 60%
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100% (Seratus Persen)
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja

	5. Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$
	6. Kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq 1,5\%$
	7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 % (Seratus Persen)
	8. Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$
	9. Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$
	10. Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$
	11. Rawat Inap TB: a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
	12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
	13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 % (Seratus Persen)
	14. Kejadian <i>re-admission</i> pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100 % (Seratus Persen)
	15. Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu

4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi <i>endotracheal tube</i>	≤ 6 %
5.	Kebidanan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %

		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %
		7. Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100 %
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%
6.	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2. pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
8.	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	$\leq 50\%$
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %
		3. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	2. 100 %
		3. Kepuasan pelanggan	3. $\geq 80\%$
		4. Penulisan resep sesuai formularium	4. 100 %
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. $\geq 90\%$
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. $\leq 20\%$
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. 100 %
12.	Bank darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1. 100 % terpenuhi
		2. Kejadian Reaksi transfusi	2. $\leq 0,01\%$
13.	Pelayanan BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%

		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %
16.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
		4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6. <i>Cost recovery</i>	≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam

		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 230 menit
18.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
19.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %
20.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60 %

		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)	75 %
--	--	--	------

BUPATI BANYUMAS,

ttd

ACHMAD HUSEIN

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI BANYUMAS
 NOMOR 66 TAHUN 2022
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 BANYUMAS

URAIAN INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS

A. Pelayanan Gawat Darurat

1. Jam buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam
Definisi Operasional	Pelayanan Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan 24 Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Registrasi pasien IGD
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Kemampuan menangani Life Saving di IGD

Judul	Kemampuan menangani Life Saving di IGD
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat terhadap anak dan dewasa
Definisi Operasional	Live Saving adalah tindakan penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Air Way, Breath dan Circulation

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan sekali
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan Penanganan Live Saving di IGD
Sumber data	Rekam Medis IGD
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberian Pelayanan Kegawat Daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberian Pelayanan Kegawat Daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	- Kepala Instalasi Gawat Darurat - Kepala Bidang Mutu dan Pendidikan

4. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat
-------	---

Dimensi Mutu	Keselamatan dan Mutu
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat

7. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka

Judul	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka
Dimensi Mutu	Kemudahan Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang cepat tanpa administrasi yang sulit
Definisi Operasional	Kemudahan pelayanan tanpa administrasi yang sulit (berbelit termasuk tidak adanya uang muka)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan di IGD
Sumber data	Buku Registrasi IGD
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
---------------------------------	--------------------------------

8. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya tim penanggulangan bencana di IGD
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana selalu siap memberikan pelayanan jika terjadi bencana
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang tersedia di IGD
Denominator	Jumlah tim sesuai standar
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	2 tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. Pelayanan Rawat Jalan

1. Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di RSUD yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan

Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di RSUD
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di RSUD
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (6 jam)
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap RSUD
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan 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 spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
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 pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

5. Pelayanan 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	Setiap bulan

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu

6. Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Terlaksananya diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan Diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RSUD selama 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit selama 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik, Laboratorium, Rajal DOTS
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

7. Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Pencatatan dan pelaporan program pengendalian TB
Dimensi Mutu	Kontinuitas
Tujuan	Terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang real dan berkesinambungan

Definisi Operasional	Dilakukan pencatatan dan pelaporan secara kontinyu untuk menghasilkan data yang akurat
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah data pasien dan pengelolaan TB yang tercatat dan terlapor
Denominator	Jumlah seluruh data pasien dan pengelolaan TB
Sumber data	Rekam Medik, Laboratorium, Rajal DOTS
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. Pelayanan Rawat Inap

1. Pemberi Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis dan tenaga perawat yang minimal berijazah D3)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	Enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis dan perawat yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai tenaga dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

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 RSUD yang diberikan kepada pasien tirah baring di RSUD
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 06.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visit dokter spesialis antara jam 06.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RSUD dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Komite PPI
Standar	Maksimum 1,5 %

Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI
---------------------------------	------------------

6. Kejadian infeksi nosokomial

Judul	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RSUD
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber data	Komite PPI
Standar	1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

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, dll, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul 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 RSUD
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	0,24 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan RSUD
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis

Standar	Maksimum 5 %
Penanggung jawab pengumpul 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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>n minimal 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

D. Pelayanan Bedah Sentral

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis
Standar	Dua hari

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral
---------------------------------	--------------------------------

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya 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	Satu bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Satu bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul 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	Tergambarkannya 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	Satu bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Satu bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

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 kesesuaian 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	Satu bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Satu bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul 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	Tergambarkannya 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	Satu bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Satu bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	kepala Intalasi Bedah Sentral/Komite Medis

7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Satu bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

E. Pelayanan Jiwa

1. Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam

Judul	Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan psikiatri
Definisi Operasional	Tenang dari kondisi gaduh gelisah sehingga tidak menyebabkan gangguan pada orang lain, diri sendiri dan lingkungan masyarakat.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Pasien yang dapat ditenangkan dari kondisi gaduh gelisah dalam waktu ≤ 48 jam
Denominator	Seluruh pasien yang datang ke gawat darurat dalam kondisi gaduh gelisah
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instansi Gawat Darurat

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan Jiwa

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan Jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di RSUD
Definisi	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan

Operasional	spesialistik yang dilaksanakan di RSUD
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Mental Organik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap Jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di RSUD
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap RSUD
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Mental Organik

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap
---------------------------------	-----------------------------

4. Tidak adanya kejadian Kematian Pasien gangguan Jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya kejadian Kematian Pasien gangguan Jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSUD yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

5. Kejadian (*re-admision*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu kurang lebih 1 bulan

Judul	Kejadian (<i>re-admision</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu kurang lebih 1 (satu) bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSUD yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan di RSUD
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu kurang lebih 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan

Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

6. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSUD yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di RSUD
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam Medis
Standar	Enam minggu
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

F. Pelayanan Kebidanan

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RSUD terhadap pelayanan kasus
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu mencakup : pendarahan, pre-eklamsia, sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg

	<ul style="list-style-type: none"> • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis RSUD
Standar	Pendarahan < 1 %, pre-eklampsia < 30%, Sepsis ≤ 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik

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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	<p>Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG.</p> <p>Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin di perkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia, preeklampsia berat, tali pusat menumbung</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

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, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi

Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5. Kepuasan pasien

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

G. 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	Efektifitas
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	Maksimum 3 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

2. Pemberi pelayanan intensif

Judul	Pemberi pelayanan intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	Enam bulan
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

3. Tersedianya Ventilator sesuai kapasitas tempat tidur

Judul	Tersedianya Ventilator sesuai kapasitas tempat tidur
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Ventilator bagi pasien yang di rawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan
Periode Analisa	Satu Tahun

Numerator	Jumlah bed side monitor yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur Ruang ICU
Sumber data	Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

4. Tersedianya bed side monitor sesuai kapasitas tempat tidur

Judul	Tersedianya bed side monitor sesuai kapasitas tempat tidur
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya bed side monitor bagi pasien yang di rawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah Ventilator yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur Ruang ICU
Sumber data	Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

5. Tersedianya Syring pump

Judul	Tersedianya Syring pump
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Syring pump yang masuk Ruang ICU (Intensif)
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif) → 1 tempat tidur tersedia 3 Syring pump
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan sekali
Periode Analisa	Satu Tahun

Numerator	Jumlah Syring pump yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan Syring pump
Sumber data	Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

6. Tersedianya Infus pump sesuai kapasitas tempat tidur

Judul	Tersedianya Infus pump sesuai kapasitas tempat tidur
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Infus pump bagi pasien yang dirawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif) → 1 tempat tidur tersedia 3 Infus pump
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah Infus pump yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan Infus pump
Sumber data	Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

7. Tersedianya DC Syok

Judul	Tersedianya DC Syok
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya DC syok bagi pasien yang dirawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan
Periode Analisa	Satu Tahun

Numerator	Jumlah DC Syok yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan DC Syok
Sumber data	Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

8. Tersedianya ECG Rekam

Judul	Tersedianya ECG Rekam
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya ECG Rekam bagi pasien yang dirawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah ECG Rekam yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan ECG Rekam
Sumber data	Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

H. Pelayanan Radiologi

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis
Standar	Maksimum 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

2. 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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>n minimal 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register Radiologi
Standar	Maksimal 2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

4. Pelaksana ekspertisi

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan radiologi oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi adalah tenaga ahli yang kompeten melaksanakan pembacaan hasil pelayanan radiologi di RSUD yang dilayani oleh dokter spesialis radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hasil pelayanan radiologi yang dibaca oleh dokter spesialis radiologi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hasil pelayanan radiologi dalam satu bulan
Sumber data	Register instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

I. Pelayanan Laboratorium

1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium rawat jalan maksimal 140 menit

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium rawat jalan maksimal 140 menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Kepastian penerimaan hasil pelayanan

Definisi Operasional	Pelayanan laboratorium yang di maksud adalah pemeriksaan rutin dan kimia standar. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu yang di mulai dari penerimaan sampel sampai dengan penerimaan hasil oleh pengguna
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pelanggan dengan waktu tunggu ≤ 140 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah kumulatif pelanggan pelayanan laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium kepada orang lain

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium kepada orang lain
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadi kesalahan pengelolaan medis lebih lanjut
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium adalah penyerahan hasil kepada pelanggan lain
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan yang di serahkan kepada pelanggan yang meminta pemeriksaan dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan yang diwujudkan dalam isian kuisioner
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pelanggan yang menyatakan puas terhadap pelayanan laboratorium dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah semua pelanggan dalam bulan tersebut
Sumber data	Hasil survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Tidak ada sampel yang tertukar identitasnya

Judul	Tidak ada sampel yang tertukar identitasnya
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadi kesalahan diagnosis
Definisi Operasional	Sampel yang tertukar identitasnya adalah identitas sampel yang tidak sesuai dengan identitas pasien yang diambil sampelnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah sampel yang sesuai identitasnya dalam satu bulan
Denominator	Jumlah semua sampel dalam bulan tersebut
Sumber data	Register hasil pemeriksaan laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

J. Pelayanan 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 efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalm 3 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak ada 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/tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 bulan di kurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlahseluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (<i>n minimal 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	≥80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

K. Pelayanan Farmasi

1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tecapainya kecepatan dan ketepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tercapainya kecepatan dan ketepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan, kepuasan dan kenyamanan
Tujuan	Tercapainya pemberian obat sesuai dengan resep
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
---------------------------------	--------------------------

4. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan farmasi

Judul	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pelanggan (pasien/keluarga) yang di survei secara acak yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pelanggan yang di survei secara acak (min 50 orang)
Sumber data	Survei
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

5. Penggunaan obat sesuai *formularium*

Judul	Penggunaan obat sesuai <i>formularium</i>
Dimensi Mutu	Efektifitas, efesiensi dan kesinambungan layanan
Tujuan	Mengetahui status penggunaan formularium yang telah di susun di RSUD
Definisi Operasional	Penggunaan obat yang sesuai formularium adalah jumlah penggunaan obat sesuai formularium di banding penggunaan obat di luar yang tercantum dalam formularium di kali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Satu bulan
Periode Analisa	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah keseluruhan penggunaan obat berdasarkan yang tercantum di <i>formularium</i>
Denominator	Jumlah penggunaan obat di RSUD

Sumber data	Data dari penggunaan obat di Instalasi Farmasi A, B dan Unit II
Standar	95 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

L. Pelayanan Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Keandalan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedianya data ketepatan waktu distribusi makanan kepada pasien
Definisi Operasional	Adalah waktu distribusi makanan pasien yang sesuai dengan waktu distribusi yang telah di tentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Frekuensi distribusi makanan kepada pasien yang tepat waktu
Denominator	Frekuensi distribusi makanan pasien pada periode pengamatan tertentu
Sumber data	Observasi
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Koordinator Pengadaan Makanan)

2. Sisa makanan pasien

Judul	Sisa makanan pasien
Dimensi Mutu	Tangibles, keamanan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedianya data sisa makanan pasien
Definisi Operasional	Adalah makanan biasa yang tidak dikonsumsi oleh pasien > 1/4 dari jumlah porsi yang disajikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah sisa makanan biasa setiap pasien dalam sekali makan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat makanan biasa
Sumber data	Survei
Standar	30%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Penanggung jawab pramusaji)

3. Tidak ada kesalahan pemberian diet

Judul	Tidak ada kesalahan pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedia data ketepatan pemberian diet pasien
Definisi Operasional	Adalah pemberian die pasien yang sesuai dengan pemesanan diet
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pemberian diet pasien yang sesuai
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan diet
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Koordinator Pengadaan Makanan)

4. Keamanan sajian

Judul	Keamanan sajian
Dimensi Mutu	Keamanan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedia data keamanan makanan pasien
Definisi Operasional	Adalah makanan yang disajikan oleh Instalasi Gizi terbebas dari benda asing dan zat beracun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah makanan yang aman dikonsumsi oleh pasien

Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan makanan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Koordinator Pengadaan Makanan)

M. Pelayanan Bank Darah

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Setiap kegiatan tranfusi darah dapat terselenggara dengan baik
Definisi Operasional	Setiap permintaan darah untuk transfusi dapat terlayani dengan baik sesuai jumlah darah yang diminta
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah pasien yang membutuhkan darah untuk transfusi yang dapat terpenuhi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah semua pasien yang membutuhkan darah untuk transfuse dalam bulan tersebut
Sumber data	Laporan stok dan penggunaan darah
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Pelayanan transfusi darah yang aman
Definisi Operasional	Kejadian reaksi transfusi adalah kejadian yang tidak di harapkan sehubungan dengan transfuse darah yang dapat ringan maupun berat
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah pasien yang di lakukan transfusi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah semua pasien yang di lakukan transfusi darah dalam bulan tersebut
Sumber data	Laporan kejadian reaksi transfuse
Standar	$\leq 0,01 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Waktu tunggu pelayanan darah maksimal 2 jam

Judul	Waktu tunggu pelayanan darah maksimal 2 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan, efisiensi
Tujuan	Pelayanan transfusi darah yang cepat dan aman
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan darah dimulai dari penerimaan sampel dan surat permintaan sampai dengan darah siap diserahkan kepada pengguna
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah pelayanan darah dengan waktu tunggu ≤ 2 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah semua pasien yang meminta pelayanan darah dalam bulan tersebut
Sumber data	Register pelayanan darah
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

N. Pelayanan 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
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed Consent adalah pemberian informasi oleh petugas yang berwenang dan oleh pasien/keluarga yang akan dilakukan tindakan pelayanan kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 10 menit
Penanggung jawab pengumpul 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, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

O. Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan

1. Pelayanan terhadap pasien peserta BPJS Kesehatan yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien peserta BPJS Kesehatan yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap pelayanan peserta BPJS Kesehatan
Definisi Operasional	Peserta BPJS adalah semua pasien peserta program BPJS Kesehatan yang meliputi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dibiayai oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah, dan peserta bukan PBI yang meliputi Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU, dan Bukan Pekerja (BP).
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien peserta BPJS yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien peserta BPJS yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Wakil Direktur, Pelayanan

P. Pelayanan Pengolahan Limbah

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambar kepedulian RSUD terhadap keamanan limbah cair RSUD
Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ISPL

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 RSUD
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 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operating Prosedur yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ISPL/ Kepala K3 RS

Q. Pelayanan 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 RSUD
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Wakil Direktur Umum

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi RSUD dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit 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 laporan akuntabilitas yang lengkap meliputi input proses, output dan out come yang di buat setiap tahun Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun

Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Administrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Wakil Direktur Umum

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Umum dan Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji CPNS/PNS setiap 2 tahun yang di tetapkan pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun

Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Umum dan Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Keuangan

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 RSUD ataupun di luar RSUD yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Umum dan Kepegawaian
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Wakil Direktur Umum

6. Ketepatan waktu menanggapi permintaan barang

Judul	Ketepatan waktu menanggapi permintaan barang
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD terhadap fasilitas untuk pelayanan

Definisi Operasional	Permintaan barang ialah pengajuan barang, alat dan fasilitas yang menunjang pekerjaan dan pelayanan dari unit ke instalasi Aset
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah barang, alat atau fasilitas yang dipenuhi tepat waktu
Denominator	Semua permintaan barang, alat atau fasilitas
Sumber data	Instalasi Aset
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Aset

7. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan hardware/jaringan

Judul	Ketepatan waktu menanggapi kerusakan hardware/jaringan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap fasilitas untuk pelayanan
Definisi Operasional	Kerusakan hardware/jaringan merupakan bagian penting dalam pelayanan di era komputerisasi sekarang ini.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kerusakan hardware/jaringan yang diperbaiki tepat waktu
Denominator	Semua kerusakan hardware/jaringan yang dilaporkan
Sumber data	Instalasi Teknologi Informasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Teknologi Informasi

8. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
-------	-----------------------------------

Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap fasilitas untuk pelayanan
Definisi Operasional	Pemeliharaan alat merupakan bagian penting dalam menunjang pelayanan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kerusakan alat yang diperbaiki tepat waktu
Denominator	Semua kerusakan alat yang dilaporkan
Sumber data	IPSRS
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

9. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RSUD
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub Bagian Keuangan
Standar	40 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Keuangan

10. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RSUD
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

R. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

1. Waktu Pelayanan Ambulance

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedia pelayanan ambulance dan kereta jenazah 24 Jam
Definisi Operasional	Tersedia pelayanan ambulance dan kereta jenazah bagi pasien yang membutuhkan selama 24 Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah permintaan penggunaan mobil ambulance yang dilayani
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penggunaan mobil ambulance

Sumber data	Catatan permintaan dan penggunaan ambulance
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSUD

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSUD
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambar ketanggapan rumahsakit 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 rumahsakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

3. Ketersediaan pelayanan Ambulance di RSUD

Judul	Ketersediaan pelayanan Ambulance di RSUD
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedia pelayanan ambulance 24 Jam
Definisi Operasional	Tersedia pelayanan ambulance bagi pasien yang membutuhkan selama 24 Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan

Numerator	Jumlah permintaan penggunaan mobil ambulance yang dilayani
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penggunaan mobil ambulance
Sumber data	Catatan permintaan dan penggunaan ambulance
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

4. Ketersediaan pelayanan Kereta Jenazah di Rumah Sakit Umum Daerah

Judul	Ketersediaan pelayanan Kereta Jenazah di Rumah Sakit Umum Daerah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedia pelayanan Kereta Jenazah 24 Jam
Definisi Operasional	Tersedia pelayanan Kereta jenazah bagi pasien yang membutuhkan selama 24 Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah permintaan penggunaan mobil Kereta jenazah yang dilayani
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penggunaan mobil Kereta jenazah
Sumber data	Catatan permintaan dan penggunaan Kereta Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

S. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

1. Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

T. Pelayanan Instalasi Sterilisasi Sental

1. Jaminan mutu hasil sterilisasi

Judul	Jaminan mutu hasil sterilisasi
Dimensi Mutu	Safety patient
Tujuan	Tergambar pengendalian dan mutu pelayanan sterilisasi
Definisi Operasional	Monitoring proses sterilisasi untuk memberikan jaminan bahwa parameter yang ditentukan dalam proses sterilisasi sudah terpenuhi dengan baik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah instrumen / linen yang disteril yang sesuai dengan jaminan mutu steril dalam satu bulan
Denominator	Jumlah instrumen / linen yang disteril dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Koordinator CSSD

2. Ketepatan waktu proses sterilisasi

Judul	Ketepatan waktu proses sterilisasi
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambar pengendalian dan mutu pelayanan sterilisasi

Definisi Operasional	Adalah kecepatan dalam pengelolaan sterilisasi dari kotor menjadi siap pakai, maksimal selang waktu satu hari
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan sterilisasi tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan yang dihitung selang satu hari
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Waka Instalasi Sterilisasi

3. Proses Cuci Ulang

Judul	Proses Cuci Ulang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambar pengendalian dan mutu pelayanan sterilisasi
Definisi Operasional	Linen yang dicuci ulang
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah proses cuci linen yang dicuci ulang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh proses cuci linen dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Koordinator CSSD

4. Tersedianya sarana dan prasarana / mesin cuci (standar 4 kali loading perhari)

Judul	Tersedianya sarana dan prasarana / mesin cuci (standar 4 kali loading perhari)
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas

Tujuan	Tergambar proses pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Monitoring proses laundry untuk memberikan jaminan bahwa parameter yang ditentukan dalam proses laundry sudah terpenuhi dengan baik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah loading mesin cuci dalam sehari dalam bulan tersebut
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Koordinator CSSD

U. Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi (PPI)

1. Tersedia anggota Tim PPI yang terlatih

Judul	Tersedia 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 lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Tiga bulan
Periode Analisa	Tiap Satu tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua PPI

2. Tersedia APD (Alat Pelindung Diri)

Judul	Tersedia APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	Tersedianya APD di setiap Instalasi RSUD
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	Satu bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua PPI

V. Pelayanan Hemodialisa

1. Tersedianya Pelayanan Hemodialisa

Judul	Tersedianya Pelayanan Hemodialisa
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Hemodialisa sesuai dengan kebutuhan
Definisi Operasional	Unit Pelayanan Hemodialisa mempunyai mesin sesuai dengan kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah Mesin Hemodialisa
Denominator	Jumlah Permintaan Hemodialisa
Sumber data	Survei
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Pelayanan Hemodialisa
---------------------------------	-----------------------------------

2. Dilayani oleh dr. SpD, (terlatih)

Judul	Dilayani oleh dr. SpD, (terlatih)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.D, yang sudah terlatih dalam memberikan pelayanan HD
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter yang memberikan pelayanan HD yang terlatih
Denominator	Jumlah seluruh dokter yang bertugas di HD
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Pelayanan Hemodialisa

3. Dilayani oleh perawat D3 terlatih

Judul	Dilayani oleh perawat D3 terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah Perawat D3, yang sudah terlatih dalam memberikan pelayanan HD
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga perawat D3 yang terlatih HD
Denominator	Jumlah seluruh tenaga perawat yang bertugas di HD
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Pelayanan Hemodialisa
---------------------------------	-----------------------------------

4. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan

Judul	Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya proses identifikasi dialiser pakai ulang sebelum dipakai oleh pasien Hemodialisis dan untuk memastikan identitas dialiser sesuai dengan identitas pasien
Definisi Operasional	Kejadian tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD adalah kejadian kesalahan identifikasi dialiser dimana pasien memakai dialiser orang lain untuk tindakan HD
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah insiden dialiser tertukar
Denominator	Jumlah tindakan HD yang menggunakan dialiser pakai ulang
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	0%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Pelayanan Hemodialisa

BUPATI BANYUMAS,

ttd

ACHMAD HUSEIN