

BUPATI SUKOHARJO
PERATURAN BUPATI SUKOHARJO
NOMOR 23 TAHUN 2011
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN SUKOHARJO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SUKOHARJO,

- Menimbang:
- a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sukoharjo, hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten Sukoharjo bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
 - b. bahwa Rumah Sakit Daerah merupakan sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat, memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit Umum Daerah harus memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat ;
 - c. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu menetapkan Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);

14. Peraturan Daerah Kabupaten Sukoharjo Nomor 4 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah, Satuan Polisi Pamong Praja dan Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Sukoharjo (Lembaran Daerah Kabupaten Sukoharjo Tahun 2008 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sukoharjo Nomor 158) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Sukoharjo Nomor 2 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Sukoharjo Nomor 4 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah, Satuan Polisi Pamong Praja dan Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu (Lembaran Daerah Kabupaten Sukoharjo Tahun 2010 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sukoharjo Nomor 173);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Sukoharjo.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan Rumah Sakit Daerah kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
4. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
5. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan Rumah Sakit Umum Daerah kepada masyarakat.
6. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
7. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
8. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

9. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standard yang telah ditetapkan sebelumnya.
10. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
11. Defenisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
12. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
13. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
14. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
15. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
16. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
17. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan sebagai panduan Rumah Sakit Umum Daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.

- (2) Jenis pelayanan untuk Rumah Sakit Umum Daerah meliputi :
- a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan, kesehatan ibu dan anak, perinatologi, dan keluarga berencana;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan keluarga miskin (GAKIN);
 - m. pelayanan rekam medis;
 - n. pelayanan limbah;
 - o. pelayanan administrasi manajemen;
 - p. pelayanan ambulans / kereta jenazah;
 - q. pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - r. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
 - s. pelayanan laundry.

**Bagian kedua
Indikator, Standar (Nilai)
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal**

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai) dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II Peraturan Bupati ini.

**BAB IV
PELAKSANAAN**

Pasal 5

Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga medik, paramedik dan seluruh pegawai dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 6

Setiap Unit Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah wajib menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sukoharjo
pada tanggal

BUPATI SUKOHARJO,
ttd

WARDOYO WIJAYA

Diundangkan di Sukoharjo
pada tanggal 31 Mei 2011

Pit. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN SUKOHARJO,

ttd

AGUS SANTOSA

BERITA DAERAH KABUPATEN SUKOHARJO
TAHUN 2011 NOMOR 164

Lampiran I : Peraturan Bupati Sukoharjo
Nomor : 23 TAHUN 2011
Tanggal : 30 Mei 2011

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Standar
1	2	3	4
1.	Gawat Darurat	1 Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2 Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3 Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD (yang masih berlaku) 4 Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5 Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6 Kepuasan Pelanggan 7 Kematian pasien \leq 24 jam 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	1. 100 % 2. 24 Jam 3. 100% 4. satu tim 5. \leq 5 menit terlayani setelah pasien datang 6. \geq 70 % 7. \leq 2 perseribu 8 100%
2.	Rawat Jalan	1 Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis 2 Ketersediaan Pelayanan 3 Ketersediaan pelayanan jiwa	1 100 % Dokter Spesialis 1 Poliklinik Anak 2 Poliklinik Penyakit dalam 3 Poliklinik Kebidanan 4 Poliklinik Bedah 5 Poliklinik Paru 6 Poliklinik Syaraf 7 Poliklinik Mata 8 Poliklinik THT 9 Poliklinik Kulit & Kelamin 10 Poliklinik Jiwa 11 Poliklinik Gigi Sp 3. Minimal a. Napza b. Gangguan Neurotik c. Gangguan Psikotik d. Mental Organik

		<p>4 Jam buka pelayanan</p> <p>5 Waktu tunggu di rawat jalan</p> <p>6 Kepuasan Pelanggan</p> <p>7 a.penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis b.terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan tuberkulosis di rumah sakit</p>	<p>08.00 – 13. 00 setiap hari Kecuali Jum'at jam 08.00 – 11.00</p> <p>4. ≤ 60 menit</p> <p>5. ≥ 90 %</p> <p>6 a. $\geq 60\%$</p> <p>b. $\geq 60\%$</p>
3.	Rawat Inap	<p>1 Pemberi pelayanan di Rawat Inap</p> <p>2 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p> <p>3 Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</p> <p>4 Jam Visite Dokter Spesialis</p> <p>5 Kejadian infeksi nosokomial</p> <p>6 Kejadian Infeksi pasca operasi</p> <p>7 Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</p> <p>8 Kematian pasien > 48 jam</p> <p>9 Kejadian pulang paksa</p> <p>10 Kepuasan pelanggan.</p> <p>11 Rawat Inap TB a.penegakan diagnosis TB melalui pemeriks mikroskopis TB b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit</p> <p>12 Ketersediaan pelayanan Rawat</p>	<p>1. a. Dr Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3</p> <p>2. 100 %</p> <p>1. Anak</p> <p>2. Penyakit dalam</p> <p>3. Kebidanan</p> <p>4. Bedah</p> <p>5. Paru</p> <p>6. Syaraf</p> <p>7. Mata</p> <p>8. THT</p> <p>9. Kulit & Kelamin</p> <p>10. Jiwa</p> <p>11. Gigi Sp</p> <p>4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja</p> <p>6. $\leq 1,5$ %</p> <p>5. $\leq 1,5$ %</p> <p>7. 100 %</p> <p>8. $\leq 0,24$ %</p> <p>9. ≤ 5 %</p> <p>8. $\geq 90\%$</p> <p>10 ≥ 60 %</p> <p>11. ≥ 60 %</p> <p>12. Minimal :</p>

		jiwa 13 Tidak adanya pasiaen gangguan jiwa mati karena bunuh diri 14 Kejadian pasien gangguan jiwa tidak kembali dirawat Dalam waktu 1 bln 15 Lama Perawatan pasien gangguan jiwa	a. Napza b. Gangguan neurotik c. Gangguan Psikotik d. Mental Organik 13. 100 % 14. 100 % 15. ≤ 5 mg
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	1. ≤ 2 hari 2. ≤ 1 % 3. 100 % 4. 100 % 5. 100 % 6. 100 % 7. ≤ 6 %
5.	Persalinan, perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan : 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalianan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr 6. Pertolongan Persalinan melalui	1. a. Perdarahan ≤ 1 % b. Preeklampsi ≤ 30 % c. Sepsis $\leq 0,2$ % 2. a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum latih (APN) c. Bidan 3. Tim Ponek yang terlatih 3. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An 5. 100 % 6. ≤ 20 %

		seksio cesaria 8 Keluarga berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten dokter SpOG, dokter Sp B, Sp U, dokter umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih 8. Kepuasan Pasien	7 a.100% b. 100% 8. $\geq 80 \%$
6.	Intensif	1 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2 Pemberi pelayanan unit intensif :	1. $\leq 3 \%$ 2. a. Dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara D4
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksanaan ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto $\leq 2 \%$ 4. $\geq 80 \%$
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 3. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 140 Menit 2. 100 % 3. $\geq 80 \%$
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. $\leq 50 \%$ 2. 100 % 3. $\geq 80 \%$
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan Pelanggan	1. a. ≤ 30 Menit b. ≤ 60 Menit 2. 100 % 3. $\geq 80 \%$

		4. Penulisan resep sesuai formolarium	4. 100 %
11.	Gizi	1. Ketetapan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1. ≥ 90 % 2. ≤ 20 % 3. 100 %
12.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan dengan baik sesuai protap yang ada	100 % terlayani
13.	Rekam Medik	1. kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. ≤ 10 menit 4. ≤ 15 menit
14.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair sesuai standar: 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. BOD<30 mg/l COD<80 mg/I TSS<30 mg/I PH 6-9 2. 100 %
15.	Administrasi dan Manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2 Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja 3 Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4 Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala 5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun 6 Cost recovery 7 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4.100% 5. ≥ 60 % 6. ≥ 40 % 7. 100 % 8. ≤ 2 jam

		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100%
16.	Ambulance / Kereta jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance / Kereta Jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di Rumah Sakit	1. 24 jam 2. ≤ 30 menit
17.	Pemulasaran Jenazah	1. Waktu tanggap (respon Time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam
18.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi Kerusakan alat 2. ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. ≥ 80 % 2. 100 % 4. 100 %
19.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100 % 2. 100 %

BUPATI SUKOHARJO,

ttd

WARDOYO WIJAYA

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat

Judul	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kegawatn terhadap anak dan dewasa
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang berhasil ditangani di IGD
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang datang ke IGD
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu

2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	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 Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat 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	Ka. Sub.Bag Pendidikan Pelatihan dan pengembangan

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	Satu Tim
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu

5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
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 (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu

6. 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 pasien Gawat Darurat yang di survey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu

7. 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	\leq 2 perseribu
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan pada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. 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 rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 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	Kepala instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab	Kepala instalasi Rawat Jalan

3. Ketersediaan pelayanan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan jiwa minimal yang harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan jiwa adalah pelayanan rawat jalan pasien jiwa spesialistik yang dilaksanakan di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan jiwa spesialistik yang ada
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a.napza, b. Gangguan Neurotik, c. Gangguan Psikotik, d. Mental organik
Penanggung jawab	Kepala instalasi Rawat Jalan

3. Jam buka pelayanan

Judul	Jam buka pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
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 Jam 08.30 s.d. 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 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	Kepala instalasi Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di 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	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan /Tim mutu

5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan yang di survey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan /Tim mutu

6a. Penegakan Diagnosis TB melalui penegakan pemeriksaan mikroskopis

Judul	Penegakan Diagnosis TB melalui penegakan pemeriksaan mikroskopis
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB paru melalui pemeriksaan mikroskopis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB paru melalui pemeriksaaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB dengan pemeriksaan mikroskopis di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

6b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

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

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
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	6 bulan
Periode Analisa	6 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	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 mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 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	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 rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumahsakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, neurology, mata, THT, kulit dan kelamin ,paru, gigi sp, jiwa)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya 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 tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

5. 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 rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\geq 1,5 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

6. 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 Rumah Sakit 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 analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

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, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	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	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	$\leq 0,24 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

11a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

11b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah sakit
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang dirawat inap di Rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB yang dirawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB yang rawat inap
Sumber data	Rekam medik
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Ketersediaan pelayanan rawat inap yang memberikan pelayanan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang minimal harus ada
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap gangguan jiwa adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis jenis pelayanan jiwa di RS
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. narotipza, b. Gangguan Neurotik, c. Gangguan psikotik, d. Mental organik
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan rawat inap yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bln
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

14. Kejadian pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu \leq 1 bulan

Judul	Kejadian pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu \leq 1 bulan
Dimensi mutu	Efektivitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap jiwa yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan jiwa.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu \leq 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

15. Lama perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi mutu	Efektivitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap jiwa yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam medik
Standar	\leq 6 minggu
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim mutu

IV. 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	1 bulan
Periode analisis	3 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	≤ 2 hari
Penanggung jawab	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 analisis	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	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/ Komite medik

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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	Kepala instalasi bedah sentral/ Komite medik

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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	Kepala instalasi bedah sentral/ Komite medik

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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	Kepala instalasi bedah sentral/ Komite medik

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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	Kepala instalasi bedah sentral/ Komite medik

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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/ Komite medik

V. PELAYANAN PERSALINAN, KIA, PERINATOLOGI DAN KB

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutuu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklamsi/eklamsi dan sepsis</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan dan nifas</p> <p>Pre-eklamsi dan eklamsi mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua dan merupakan kumpulan dua dari tiga tanda :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik ≥ 160 mm Hg dan diastolik ≥ 110 mm Hg - Protein uria ≥ 5 gr/ 24 jam pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklamsi 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 ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>

Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklamsi/eklamsi, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklamsi/eklamsi dan sepsis
Sumber data	Rekam medik rumah sakit
Standar	Perdarahan $\leq 1 \%$, pre-eklamsi $\leq 30 \%$, sepsis $\leq 0,2 \%$
Penanggung jawab	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	1 bulan
Periode analisis	3 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	Tim 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 Tim PONEK yang terlatih yang terdiri dari dokter Sp OG, dengan dokter umum bidan dan perawat yang terlatih</p> <p>Penyulit dalam persalinan meliputi : partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, kelainan panggul, perdarahan antepartum, eklamsi dan pre eklamsi berat, tali pusat menubung.</p>

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp O.G dokter umum bidan dan perawat yang terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Tim 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Tim mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr - 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr - 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr - 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ tim mutu

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab	Tim mutu

7.a Keluarga Berencana Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah peserta KB dengan Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ka Instalasi Rawat Jalan dan Rawat Inap

7.b Konseling KB Mantap

Judul	Konseling KB Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	laporan unit layanan KB
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ka Instalasi Rawat Jalan dan Rawat Inap

8. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei yang menyatakan puas (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 3 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi ICU/ komite medik/Tim mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.An,dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An, 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	Kepala Instalasi ICU/ komite medik/Tim mutu

VII. 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	1 bulan
Periode analisis	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	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi adalah dokter Spesialis Radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah adanya tandatangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter Spesialis Radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan hasil roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

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	1 bulan
Periode analisis	3 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	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien/pelanggan yang disurvei yang menyatakan puas (dalam prosen)
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi / tim mutu

VIII.LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	survey
Standar	≤ 140 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

2. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien/pelanggan yang disurvei yang menyatakan puas (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out 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	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 50 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan tindakan rehabilitasi medik yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai pedoman pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien/pelanggan yang disurvei yang menyatakan puas terhadap pelayanan rehabilitasi medik .
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

X. FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 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	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

1. b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 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	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 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	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 75 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi /tim mutu

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi/panitia farmasi terapi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisisen
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

XII. PELAYANAN GAKIN/JAMKESMAS

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS di setiap unit pelayanan dengan baik sesuai protap yang ada

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS di setiap unit pelayanan dengan baik sesuai protap yang ada
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Keluarga Miskin adalah pasien pemegang kartu Askeskin/Jamkesmas yang terdaftar didalam lampiran Surat Keputusan Bupati
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN/Jamkesmas yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN/Jamkesmas yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Dirktur Rumah Sakit

XIII. 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	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 persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	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. Waktu penyediaan mulai dari pasien mendaftar sampai RM disediakan petugas
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	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 \leq 10 menit
Penanggung jawab	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 mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap disediakan petugas
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam RM rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap (IGD)
Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

XIV. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang 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 s/d 9
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan

Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 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	Kepala Instalasi Sanitasi

XV. 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 rumahsakit
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	1 bulan
Periode analisis	3 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	Kasubag Umum/ Direktur RS

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit 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 kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, rencana strategik RS dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja dilakukan 1 tahun sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Perencanaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kasubag Perencanaan/ Direktur RS

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	6 bulan
Periode analisis	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 Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kasubag 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 bagi PNS tiap dua tahun sesuai pangkat dan golongan ruang gaji pegawai yang bersangkutan
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	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 Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kasubag Kepegawaian

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 rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab	Kasubag Pendidikan Pelatihan dan Pengembangan

6. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Bidang keuangan
Standar	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab	Kasubag Pengelolaan dan pendapatan

6. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
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 analisis	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	Bidang Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kasubag penyusunan anggaran dan perbendaharaan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kasubag pengelolaan dan pendapatan

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6 bulan
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kasubag pengelolaan dan pendapatan

XVI. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Kepala Urusan kendaraan/ kasubag rumah tangga

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumahsakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumahsakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance 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	Kepala Urusan kendaraan/ kasubag rumah tangga

XVII. PEMULASARAN 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	1 bulan
Periode analisis	3 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	Ka Instalasi pemulasaraan jenazah

XVIII. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumahsakit

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

XIX. Pelayanan Laundry

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi

BUPATI SUKOHARJO,

ttd

WARDOYO WIJAYA