



BUPATI BANYUMAS

PERATURAN BUPATI BANYUMAS
NOMOR 77 TAHUN 2011

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANYUMAS

- Menimbang :
- a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah maka Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya ;
 - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat ;
 - c. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 / Menkes / SK / II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit maka perlu ditindak lanjuti dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal bagi Rumah Sakit Umum Daerah yang akan melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah ;

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud huruf a, b, dan c diatas maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit umum daerah Ajibarang yang menerapkan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
 3. 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 beberapa kali diubah 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);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. 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);
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
 8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
12. Peraturan Daerah Kabupaten Banyumas Nomor 27 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Banyumas (Lembaran Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2009 Nomor 3 Seri D) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Banyumas Nomor 17 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Kabupaten Banyumas Nomor 26 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Banyumas (Lembaran Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2011 Nomor 5 Seri D).

MEMUTUSKAN :

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Banyumas.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan

prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang.
5. Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang
6. PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat yang meliputi Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang Medik, Pelayanan Keperawatan, dan Pelayanan Administrasi Manajemen.
8. Standar Pelayanan Minimal atau disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. RBA adalah Rencana Bisnis Anggaran .
12. 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 standard WHO.
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
14. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur

terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standard yang telah ditetapkan sebelumnya.

15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
16. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
18. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
19. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
22. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1). Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan serta upaya rujukan.

Jenis pelayanan untuk rumah sakit 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
- 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 pemulasaran jenazah
- s. pelayanan laundry
- t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
- u. pencegah pengendalian infeksi

Bagian kedua
Indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian SPM

Pasal 4

Indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan uraian SPM tercantum dalam lampiran I dan lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB I
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1). Rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2). Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3). Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan rumah sakit yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :
 - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. Penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM.
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur rumah sakit.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen rumah sakit menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 10

- (1). Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.
- (2). Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional rumah sakit yang ditetapkan dalam RBA rumah sakit.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini 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 31 DEC 2011



BUPATI BANYUMAS

MARDJOKO

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI BANYUMAS
 NOMOR Tahun 2011
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 AJIBARANG

INDIKATOR, NILAI DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN

| NO. | JENIS PELAYANAN | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | | BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TAHUN) |
|-----|-----------------|--|-----------|--------------------------------|
| | | INDIKATOR | NILAI | |
| 1. | Gawat Darurat | 1. Kemampuan Menangani Life Saving | 100 % | tercapai |
| | | 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat | 24 Jam | tercapai |
| | | 3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku GELS/ATLS/ACLS/BTLS/PPGD | 100 % | 3 tahun |
| | | 4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana | Satu Tim | tercapai |
| | | 5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat 5 menit | ≤ 5 menit | tercapai |
| | | 6. Kepuasan Pelanggan | ≥ 70 % | 1 tahun |
| | | 7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam | 2 ‰ | 2 tahun |
| | | 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100 % | tercapai |

| | | | | |
|----|-------------|--|---|---------------------------------|
| 2. | Rawat Jalan | 1. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis | 100 % Dokter Spesialis | 4 tahun |
| | | 2. Ketersediaan Pelayanan | a. Klinik Anak b. Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah | 50 % 100 % 100 % 100 % |
| | | 3. Jam Buka Pelayanan | 08.00 s/d 13.00 Setiap Hari Kerja kecuali Jum'at: 08.00-11.00 | 1 tahun |
| | | 4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan | ≤ 60 menit | 1 tahun |
| | | 5. Kepuasan Pelanggan | 90 % | 1 tahun |
| | | 6. Rawat Jalan TB a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | a. ≥ 60 % b. ≥ 60 % | 1 tahun 1 tahun |
| 3. | Rawat Inap | 1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap | a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 | 4 tahun |
| | | 2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap | 100 % | 1 tahun |

| | | | | |
|----|-------|--|---|----------|
| | | 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidana d. Bedah | 4 tahun |
| | | 4. Jam Visite Dokter Spesialis | 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja | 4 tahun |
| | | 5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi | $\leq 1,5 \%$ | 1 tahun |
| | | 6. Kejadian Infeksi Nosokomial | $\leq 1,5 \%$ | 1 tahun |
| | | 7. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian | 100 % | Tercapai |
| | | 8. Kematian Pasien > 48 Jam | $\leq 0,24 \%$ | Tercapai |
| | | 9. Kejadian Pulang Paksa | $\leq 5 \%$ | 3 tahun |
| | | 10. Kepuasan Pelanggan | $\geq 90 \%$ | 1 tahun |
| | | 11. Rawat Inap TB | | |
| | | a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB | a. $\geq 60 \%$ | 1 tahun |
| | | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS. | b. $\geq 60 \%$ | 1 tahun |
| 4. | Bedah | 1. Waktu Tunggu Operasi Elektif | ≤ 2 hari | tercapai |
| | | 2. Kejadian Kematian di Meja Operasi | $\leq 1 \%$ | tercapai |
| | | 3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi | 100 % | tercapai |

| | | | | |
|----|---------------------------------|---|--|----------------------------------|
| | | 4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang | 100 % | tercapai |
| | | 5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi | 100 % | tercapai |
| | | 6. Tidak Adanya Kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien Setelah Operasi | 100 % | tercapai |
| | | 7. Komplikasi Anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube | ≤ 6 % | tercapai |
| 5. | Persalinan, Perinatologi dan KB | 1. Kejadian kematian Ibu karena Persalinan | a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklamsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 % | Tercapai Tercapai Tercapai |
| | | 2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal | a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum Terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan | Tercapai |
| | | 3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit | Tim Ponek yang Terlatih | Tercapai |

| | | | | |
|----|----------|---|--|----------|
| | | 4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi | a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An | 4 tahun |
| | | 5. Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500 gr | 100 % | 4 tahun |
| | | 6. Pertolongan Persalinan Melalui Sectio Cesaria | ≤ 20 % | 1 tahun |
| | | 7. Keluarga Berencana | | |
| | | a. Presentase KB (Vasektomi & Tubektomi) yang dilakukan oleh Tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih | 100 % | 2 tahun |
| | | b. Presentase Peserta KB Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap oleh Bidan terlatih | 100 % | 2 tahun |
| | | 8. Kepuasan Pelanggan | ≥ 80 % | Tercapai |
| 6. | Intensif | 1. Rata-rata Pasien yang kembali ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 jam | ≤ 3 % | 2 tahun |

| | | | | |
|----|------------------------------|---|--|----------|
| | | 2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif | a. Dokter Sp.An dan Dokter Spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/ setara (D4) | 4 tahun |
| 7. | Radiologi | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 jam | 2 tahun |
| | | 2. Pelaksana Ekspertisi | Dokter Sp.Rad | 2 tahun |
| | | 3. Kejadian kegagalan Pelayanan Rontgen | Kerusakan foto ≤ 2 % | tercapai |
| | | 4. Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 1 tahun |
| 8. | Laboratorium Patologi Klinik | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium | ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin | tercapai |
| | | 2. Pelaksana ekspertisi | Dokter Sp.PK | 3 tahun |
| | | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100 % | Tercapai |
| | | 4. Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 1 tahun |
| 9. | Rehabilitasi Medik | 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan | ≤ 50 % | 100 % |

| | | | | |
|-----|-----------------|--|--|---------------------|
| | | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100 % | 100 % |
| | | 3. Kepuasan pelanggan | $\geq 80 \%$ | 1 tahun |
| 10. | Farmasi | 1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan | a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit | Tercapai 1 tahun |
| | | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100 % | 1 tahun |
| | | 3. Kepuasan pelanggan | $\geq 80 \%$ | 1 tahun |
| | | 4. Penulisan resep sesuai formularium | 100 % | 2 tahun |
| 11. | Gizi | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | $\geq 90 \%$ | 1 tahun |
| | | 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | $\leq 2 \%$ | 2 tahun |
| | | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100 % | 1 tahun |
| 12. | Transfusi Darah | 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100 % terpenuhi | 4 tahun |
| | | 2. Kejadian reaksi transfusi | $\leq 0,01\%$ | 2 tahun |
| 13. | Pelayanan GAKIN | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100 % terlayani | 1 tahun |
| 14. | Rekam Medik | 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 1 tahun |

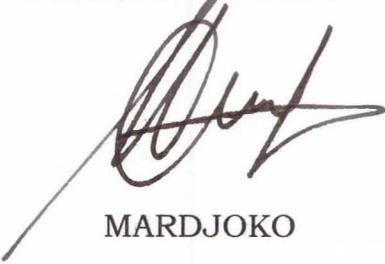
| | | | | |
|-----|----------------------------|--|--|----------|
| | | 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100 % | tercapai |
| | | 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | ≤ 10 menit | 1 tahun |
| | | 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | ≤ 15 menit | 1 tahun |
| 15. | Pengelolaan Limbah | 1. Baku mutu limbah cair | a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/l c. TSS < 30mg/l d. PH 6-9 | 1 tahun |
| | | 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | 100 % | 1 tahun |
| 16. | Administrasi dan Manajemen | 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100 % | 1 tahun |
| | | 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100 % | Tercapai |
| | | 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100 % | Tercapai |
| | | 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100 % | Tercapai |

| | | | | |
|-----|--------------------------|---|-------------------------|----------|
| | | 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | $\geq 60 \%$ | 4 tahun |
| | | 6. Cost Recovery | $\geq 40 \%$ | Tercapai |
| | | 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100 % | Tercapai |
| | | 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam | 2 tahun |
| | | 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100 % | 2 tahun |
| 17. | Ambulance/Kereta Jenazah | 1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah | 24 jam | Tercapai |
| | | 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit | ≤ 30 menit | 2 tahun |
| | | 3. Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | Sesuai ketentuan daerah | 2 tahun |

| | | | | |
|-----|---|---|------------------------------------|---------|
| 18. | Pemulasaran Jenazah | 1. Waktu tanggap (respons time) pelayanan pemulasaran jenazah | ≤ 2 jam | 2 tahun |
| 19. | Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≥ 80 % | 2 tahun |
| | | 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100 % | 1 tahun |
| | | 3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100 % | 1 tahun |
| 20. | Pelayanan Laundry | 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100 % | 1 tahun |
| | | 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100 % | 2 tahun |
| 21. | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi | 1. Ada Anggota Tim PPI Yang Terlatih | Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % | 2 tahun |
| | | 2. Tersedia APD di setiap Instalasi | 60 % | 3 tahun |

| | | | | |
|--|--|---|------|---------|
| | | 3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial HAI (Health care Associated Infection) di Rumah Sakit | 75 % | 2 tahun |
|--|--|---|------|---------|

BUPATI BANYUMAS



MARDJOKO

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI BANYUMAS
 NOMOR TAHUN 2011
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving di gawat darurat

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kemampuan menangani life saving di gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat |
| Definisi Operasional | Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan life saving |
| Sumber data | Register di Instalasi Gawat Darurat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Jam buka pelayanan gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan Selama 24 jam penuh. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| 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 pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat dan masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | mberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat dan masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat darurat |
| Definisi Operasional | Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga yang memiliki sertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Diklat dan Pemberdayaan SDM Rumah Sakit |

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 | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah Tim Penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | 1 tim |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat dan 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 | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| 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 pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat dan 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 | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n=50</i>) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | $\geq 80 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat dan 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 | 3 bulan |
| Periode Analisa | 3 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 dan register IGD |
| Standar | 2 perseribu |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

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 kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan |
| Periode Analisa | 3 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 pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten |
| Definisi Operasional | Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan |
| Sumber data | Register rawat jalan poliklinik spesialis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi rawat jalan |

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan pelayanan rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang minimal harus ada di rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumahsakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumahsakit tersebut |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisik 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. Buka pelayanan sesuai ketentuan

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Buka pelayanan sesuai ketentuan |
| 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 08.00 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 pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

4. Waktu tunggu di rawat jalan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu tunggu di rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan rawat jalan 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 pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim Mutu |

5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 90 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim Mutu |

6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Dimensi Mutu | Akses, efisiensi |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumahsakit dalam waktu tiga bulan |
| Sumber data | Register rawat jalan, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap |
| Sumber data | 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 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 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 rumah sakit yang diberikan kepada pasien yang terbaring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber data | Register rawat inap |
| Standar | Minimal Kesehatan Anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus sesuai dengan spesifikasi rumah sakit tsb) |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 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 | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

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 rumah sakit dan ditandai oleh ras 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 rawat inap yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | $\leq 1,5 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua komite medik dan Tim Mutu |

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Angka kejadian infeksi nosokomial |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit |
| Definisi Operasional | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber data | Survei |
| Standar | Maksimal 1,5 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap dan Ketua 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, 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, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rawat Inap dan Ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit |

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 rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber data | rekam medis |
| Standar | 0,24 % 2,4/1000 (international) (NDR 25/1000, Indonesia) |
| Penanggung jawab | Ketua Komite Medis dan Tim Mutu |

9. Kejadian pulang paksa

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kejadian pulang paksa |
| Dimensi mutu | efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit |
| Definisi operasional | pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 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 | maksimum 5 % |
| Penanggung jawab | Ketua Komite Mutu dan 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 kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | 90 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rawat Inap dan Tim Mutu |

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Dimensi Mutu | Akses, efisiensi |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumahsakit dalam waktu tiga bulan |
| Sumber data | Register rawat inap, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi efektif

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu operasi efektif |
| Dimensi mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah |
| Definisi operasional | Waktu tunggu operasi efektif 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 dimeja operasi |
| Dimensi mutu | Keselamatan, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu operasi efektif 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 |

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 di operasi 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, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Bedah Sentral dan 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 | 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 orang dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Bedah Sentral dan 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 kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah di tetapkan |
| 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 waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Komite Medis |

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi |
| Dimensi mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi |
| Definisi operasional | Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Bedah Sentral dan 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 | 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 dan Komite Medis |

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kejadian kematian ibu karena persalinan |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan |
| Definisi operasional | <p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, partus lama, dan 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 eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic >110 mmHg - protein uria > 5 gr/ 24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif - oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p> <p>partus lama adalah waktu persalinan melebihi dari waktu persalinan normal</p> |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia / eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab) |

| | |
|------------------|--|
| Denominator | Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan pre-eklampsia / eklampsia dan sepsis |
| Sumber data | Rekam medis rumah sakit |
| Standar | Pendarahan $\leq 1\%$, pre-eklampsia $\leq 30\%$, 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 yang memberikan pertolongan [persalinan normal |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang ,memberi pertolongan persalinan normal |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | 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 kompeten |
| Definisi operasional | <p>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih</p> <p>Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan detak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre eklampsia berat, tali pusat menumbung</p> |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber data | Kepegawaian dan rekam medis |
| Standar | Tersedia |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi |
| Dimensi mutu | Kompetensi tehnik |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr |
| Dimensi mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR |
| Definisi operasional | BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500gr – 2500gr |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah BBLR 1500gr – 2500gr yang berhasil ditangani |
| Denominator | Jumlah seluruh BBLR 1500gr – 2500gr yang ditangani |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Komite medik / Komite mutu |

6. Pertolongan persalinan melalui sectio cesaria

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pertolongan persalinan melalui sectio cesaria |
| Dimensi mutu | Efektifitas, keselamatan dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya pertolongan persalinan di rumahsakit yang sesuai dengan indikasi dan efisiensi |
| Definisi operasional | Sectio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah persalinan dengan sectio cesaria dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh persalinan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 20% |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

7. a. Keluarga Berencana

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Keluarga Berencana mantap |
| Dimensi mutu | Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap |
| Tujuan | Mutu dan kesinambungan |
| 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 | Jenis pelayanan KB mantap |
| Denominator | Jumlah peserta KB |
| Sumber data | Rekam medis dan laporan KB rumah sakit |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kasi Pelayanan |

7. b. Konseling KB mantap

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Keluarga Berencana mantap |
| Dimensi mutu | Ketersediaan 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 | Kasi Pelayanan |

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 di survey (dalam %) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | $\geq 80\%$ |
| Penanggung jawab | Ketua Komite Mutu dan Tim Mutu |

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

| | |
|----------------------------|---|
| 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 kemabali 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 < 72jam 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 ICU dan Komite Medik |

2. Pemberi pelayanan unit intensif

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan unit intensif |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis 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 dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan intensif |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala ICU dan Komite Medik |

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 | Maksimum 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 rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan 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 roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen 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 Instalasi Radiologi |
| Standar | Maksimal 2 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Radiologi |

4. Kepuasan pelanggan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Radiologi dan Tim Mutu |

VIII. PELAYANAN LABORATORIUM

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 | Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium 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 | Maksimal 140 menit (manual) |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga yang berkompeten untuk memastikan keakuratan pemeriksaan |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter yang berwenang dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan |
| Sumber data | Register di Instalasi laboratorium |
| Standar | 100 % dokter yang berwenang |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 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 | Instalasi Laboratorium |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

4. Kepuasan Pelanggan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kepuasan Pelanggan |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

IX. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap program pelayanan tindakan rehabilitasi medik yang direncanakan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kejadian drop out pasien terhadap program pelayanan tindakan rehabilitasi medik yang direncanakan |
| Dimensi mutu | Kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kesinambungan pelayanan tindakan Rehabilitasi medik sesuai yang direncanakan sehingga didapatkan hasil terapi yang optimal |
| Definisi operasional | Drop out pasien terhadap program pelayanan tindakan Rehabilitasi medik yang direncanakan adalah pasien tidak meneruskan program pelayanan tindakan Rehabilitasi medik yang direncanakan |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien drop out dalam 3 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang diprogram tindakan 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 pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan Rehabilitasi medik yang aman bagi pasien |
| Definisi operasional | Kesalahan tindakan Rehabilitasi medik adalah pemberian tindakan Rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai dengan pedoman atau standar pelayanan Rehabilitasi medik |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang diprogram tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang diprogram tindakan 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 | Terselenggaranya pelayanan Rehabilitasi medik yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rehabilitasi medik yang diberikan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang disurvei dan menyatakan puas |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n. minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | $\geq 80 \%$ |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik dan Tim mutu |

X. FARMASI

1. 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 |

2. 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 |

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat |
| Definisi operasional | Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 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 |

4. Penulisan resep sesuai formularium

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Penulisan resep sesuai formularium |
| Dimensi mutu | Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien |
| Definisi operasional | Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Farmasi |

5. Kepuasan Pelanggan

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

XI. PELAYANAN 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 dan Kepala Instalasi Rawat Inap |

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien |
| Dimensi mutu | Efektifitas dan efisien |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit) |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif porsi 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 dan 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 dan Kepala Instalasi Rawat Inap |

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah |
| Definisi operasional | Cukup jelas |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan bank darah / Kepala Instalasi Laboratorium |

2. Kejadian reaksi transfusi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | kejadian reaksi transfusi |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya manajemen resiko pada UTD |
| Definisi operasional | Reaksi transfuse adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfuse, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfuse dalam satu bulan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | $\leq 0,01\%$ |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

XIII. PELAYANAN GAKIN

Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan |
| Dimensi mutu | Akses |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin |
| Definisi operasional | Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu jamkesmas dan kartu jamkesda |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan |
| Sumber data | Register pasien |
| Standar | 100 % terlayani |
| Penanggung jawab | Direktur Rumah Sakit |

XIII. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 1 X 24 jam setelah selesai pelayanan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan pengisian rekam medik 1 X 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 \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume. |
| Frekuensi pengumpulan data | 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 concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan informed concent 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 Concent 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 mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey 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 dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati |
| Denominator | Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100) |
| Sumber data | hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama |
| Standar | ≤ 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 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 analisis | 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 | ≤ 15 menit |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rekam Medik |

XIV. PELAYANAN PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Baku mutu limbah cair |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit |
| Definisi operasional | Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang 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 | 3 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 Pengolahan Limbah |

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 | <p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p> |
| frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati |
| Denominator | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| Sumber data | hasil pengamatan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Pengolahan Limbah |

XVI. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN 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 | Kabag Administrasi dan Keuangan |

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 | <p>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 (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumahsakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipesyaratkan oleh pemerintah daerah.</p> <p>Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali</p> |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 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 | Instalasi Rekam Medik, Bagian Keuangan, Sub Bagian Tata Usaha,Kepegawaian dan Hukum, Bidang Penunjang dan Bidang Pelayanan Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kabag Administrasi dan Keuangan |

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 | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 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 Bagian Tata Usaha |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kabag Administrasi dan Keuangan |

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 secara periodik sesuai peraturan keperawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999 |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 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 Bagian Umum dan Kepegawaian |
| Standar | ≥ 60 % |
| Penanggung jawab | Kabag Administrasi dan 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 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 | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Denominator | Jumlah seluruh karyawan rumahsakit |
| Sumber data | Sub Bagian Umum dan Kepegawaian |
| Standar | $\geq 60 \%$ |
| Penanggung jawab | Kabag Administrasi dan Keuangan |

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 | Sub Bagian Keuangan |
| Standar | $\geq 40 \%$ |
| Penanggung jawab | Kabag Administrasi dan Keuangan |

7. 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 | 3 bulan |
| Periode analisis | 3 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 | Suba Bagian Keuangan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kabag Administrasi dan Keuangan |

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 | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 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 | Sub Bagian Keuangan |

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 |
| Sumber data | Catatan di bagian keuangan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Sub Bagian Keuangan |

XVII. PELAYANAN AMBULANCE/MOBIL JENAZAH

1. Waktu pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Waktu pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan ambulance/Mobil jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan |
| Definisi Operasional | Waktu pelayanan ambulance/Mobil jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/Mobil jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| 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 pengumpul data | Kasi Penunjang Non Medik |

2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah di rumah sakit

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah di rumah sakit |
| Dimensi mutu | kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah |
| Definisi operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance/mobil jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah dalam satu bulan |
| Sumber data | catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah |
| Standar | Maksimal 30 menit |
| Penanggung jawab | Kasi Penunjang Non Medik |

3. Waktu tanggap pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan |
| Dimensi mutu | kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance/mobil jenazah |
| Definisi operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance/mobil jenazah tepat waktu yang dibutuhkan masyarakat dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah oleh masyarakat dalam 1 bulan |
| Sumber data | catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah |
| Standar | Maksimal 1 jam |
| Penanggung jawab | Kasi Penunjang Non Medik |

XVIII. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah |
| Definisi operasional | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 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 | Kasi Penunjang Non Medik |

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat |
| Dimensi mutu | efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan Alat |
| Definisi operasional | Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan Alat (elektronika, komputer, listrik, air, otomotif, komunikasi dan elektromedik) yang rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak tersebut 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 (elektronika, komputer, listrik, air, otomotif, komunikasi dan elektromedik) 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, elektromedik, alat kesehatan lain dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

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

XX. 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 Sterilisasi Sentral dan Laundry |

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 Sterilisasi Sentral dan Laundry |

XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI |
| Definisi operasional | Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap 3 bulan |
| Periode analisis | Tiap 1 tahun |
| Numerator | Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih |
| Denominator | Jumlah anggota Tim PPI |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 75 % |
| Penanggung jawab | Ketua Tim PPI RS |

2. Ketersediaan APD

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) |
| Dimensi mutu | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya APD di setiap instalasi |
| Definisi operasional | Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang menyediakan APD |
| Denominator | Jumlah instalasi di rumah sakit |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 60 % |
| Penanggung jawab | Ketua Tim PPI |

4. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit |
| Dimensi mutu | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS |
| Definisi operasional | Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK) |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan |
| Denominator | Jumlah instalasi yang tersedia |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 75 % |
| Penanggung jawab | Tim PPI RS |

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BUPATI BANYUMAS,



AMARDJOKO