



GUBERNUR LAMPUNG

PERATURAN GUBERNUR LAMPUNG NOMOR 47 TAHUN 2017

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR LAMPUNG,

- Menimbang : a. bahwa sehubungan telah ditetapkan Peraturan Gubernur Lampung Nomor 15 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung, maka Peraturan Gubernur dimaksud perlu diubah dan disesuaikan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a tersebut diatas untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit Jiwa Daerah perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung dengan Peraturan Gubernur Lampung;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1964 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1964 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Lampung dengan mengubah Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan menjadi Undang-Undang;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung jawab Keuangan Negara;
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
8. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;

12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
14. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Daerah Provinsi Lampung Nomor 6 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJDP) Provinsi Lampung Tahun 2005-2025;
19. Peraturan Daerah Provinsi Lampung Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Lampung;

Memperhatikan : Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG.**

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Lampung.
2. Pemerintahan Daerah adalah Pemerintah Daerah Provinsi Lampung.
3. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
4. Gubernur adalah Gubernur Lampung.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Provinsi Lampung.
6. Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang selanjutnya disingkat RSJD adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah

daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

9. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat.
10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
11. 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.
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 variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standard yang telah ditetapkan sebelumnya.
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 bias 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) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSJD Provinsi Lampung dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, cara perhitungan (rumus) standar pencapaian kinerja.

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

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSJD mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), Pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis Pelayanan untuk RSJD meliputi:
 - a. Pelayanan gawat darurat;
 - b. Pelayanan rawat jalan;
 - c. Pelayanan rawat inap;
 - d. Pelayanan *intensive care* psikiatri.
 - e. Pelayanan radiologi;
 - f. Pelayanan laboratorium;
 - g. Pelayanan elektromedik;
 - h. Pelayanan farmasi;
 - i. Pelayanan gizi;
 - j. Pelayanan rehabilitasi jiwa;
 - k. Pelayanan administrasi manajemen;
 - l. Pelayanan keluarga miskin;
 - m. Pelayanan rekam medis;
 - n. Pengelolaan limbah;
 - o. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
 - p. Pelayanan kediklatan;
 - q. Pelayanan pemulasaran jenazah;
 - r. Pelayanan laundry;
 - s. Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
 - t. Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi;
 - u. Pelayanan keamanan; dan
 - v. Pelayanan parkir.

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

Pasal 4

- (1) Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Lampiran I Peraturan ini.
- (2) Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II Peraturan ini.
- (3) Lampiran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

**BAB IV
PELAKSANAAN**

Pasal 5

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

**BAB V
PENERAPAN**

Pasal 6

- (1) Direktur RSJD dalam menyusun rencana bisnis dan anggaran, target, serta upaya peningkatan mutu Pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pada manajemen RSJD menyusun rencana bisnis dan anggaran, target, serta upaya peningkatan mutu Pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Penyelenggaraan Pelayanan yang menjadi tugas RSJD dilaksanakan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

**BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, 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 Standar Pelayanan Minimal;
 - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh Pengawasan Internal.
- (2) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur RSJD.

Pasal 9

- (1) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen yang berada di bawah Direktur RSJD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

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

BAB VII
PEMBIAYAAN

Pasal 11

Pembiayaan atas penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal RSJD dibebankan kepada pendapatan operasional Rumah Sakit yang ditetapkan dalam RBA.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Petunjuk Teknis pelaksanaan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah dengan berpedoman kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 13

Dengan ditetapkannya Peraturan Gubernur ini, maka Peraturan Gubernur Lampung Nomor 15 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 14

Peraturan Gubernur ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Lampung.

Ditetapkan di Telukbetung
Pada tanggal 5 September 2017

GUBERNUR LAMPUNG,

ttd

M.RIDHO FICARDO

Diundangkan di Telukbetung
pada tanggal 5 September 2017

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI LAMPUNG,

ttd

Ir. SUTONO, MM
Pembina Utama Madya
NIP. 19580728 198602 1 002

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ZULFIKAR, S.H, M.H
Pembina Utama Muda
NIP. 19680428 199203 1 003

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian 2014	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab	
		Jenis	Uraian			2015	2016	2017	2018	2019		
				f. Mental Organik	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
				g. Usia Lanjut	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			2	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis jiwa	100 % dokter spesialis jiwa	3 orang	3 orang	5 orang	5 orang	5 orang		5 orang
				Pelayanan poliklinik gigi	100% dokter gigi	2 orang	4 orang	4 orang	4 orang	4 orang		4 orang
				Pelayanan poliklinik syaraf	100% dokter spesialis syaraf	1 orang	-	-	1 orang	1 orang		1 orang
				Pelayanan poliklinik penyakit dalam	100% dokter spesialis penyakit dalam	1 orang	-	-	1 orang	1 orang		1 orang
				Pelayanan poliklinik anak	100% dokter spesialis anak	1 orang	-	-	1 orang	1 orang		1 orang
		3	Ketersediaan Pelayanan Psikologi	Psikolog	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		Proses	4	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00		08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00
			5	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	> 60 menit	> 60 menit	> 60 menit	> 60 menit	≤ 60 menit		≤ 60 menit
	6	Peresepan obat sesuai formularium	100%	80%	82%	100%	100%	100%	100%			
Outcome	7	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 90 %	< 90 %	< 90 %	90%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %			
3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1	Ketersediaan pelayanan rawat inap							Kepala UPF Rawat Inap	
			a.	NAPZA dan penyakit terkait	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			b.	Gangguan psikotik	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			c.	Gangguan neurotic	0	0	0	0%	50%	100%		100%
			d.	Gangguan mental organic	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			e.	Tumbuh kembang anak dan remaja	0	0	0	100%	100%	100%		100%
			2	Pemberi pelayananan di Rawat Inap:								
			-	dokter	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
-	perawat	100%	91,3%	91,3%	95%	97%	100%	100%				

No	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar	Pencapaian 2014	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab
		Jenis		Uraian			2015	2016	2017	2018	2019	
6	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Input	1	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			Proses	2	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 120 menit	
		4		Pelaksana ekspertisi	Dokter Spes. Pat. klinik	-	-	-	1 orang	1 orang		
		3		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	5	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
7	Pelayanan elektro medik	Input	1	SDM bersertifikat sesuai alat	100%	25%	25%	50%	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penunjang Medik
			2	Alat elektro medic	Sesuai kelas RS	≤ 100%	≤ 100%	100%	100%	100%	100%	
		Proses	3	Waktu tunggu pemeriksaan Pasien Rawat Jalan di unit elektro medik	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	
			Outcome	4	Kepuasan Pasien/keluarga	80%	< 80%	< 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	
8	Pelayanan Farmasi	Input	1	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas RS	100%	60%	75%	75%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
			2	Ketersediaan formularium	Tersedia 100%	75%	75%	100%	100%	100%	100%	
			3	Ketersediaan obat sesuai formularium	Tersedia 100%	75%	75%	75%	100%	100%	100%	
			4	Ketersediaan bahan habis pakai sesuai kebutuhan	Tersedia 100%	75%	75%	100%	100%	100%	100%	
		Proses	5	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
			6	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	≥ 60 menit	≥ 60 menit	≥ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	
		Outcome	7	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	-	-	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
9	Pelayanan gizi	Input	1	Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi
			2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Tersedia	0%	0%	50%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian 2014	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab		
		Jenis	Uraian			2015	2016	2017	2018	2019			
			3	Ketepatan waktu pemberian makanan pd pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %		
			4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
		Outcome	5	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %		≥ 80 %
10	Pelayanan rehabilitasi jiwa	Input	1	Pemberi pelayanan rehabilitasi jiwa	Sesuai persyaratan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala UPF Rehabilitasi Jiwa	
		Proses	2	Semua pasien tenang dilakukan rehabilitasi jiwa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		Outcome	3	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≤ 80	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %		≥ 80 %
11	Administrasi dan Management	Input	1	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	50%	70%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub bagian Tata Usaha	
			2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			3	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		Proses	4	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	25%	25%	50%	100%	100%	100%		
			5	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			6	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			7	Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam		
		Output	8	Cost recovery	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %		
			9	Karyawan mendapat pelatihan min 20 jam /tahun	≥ 60 %	< 60%	< 60%	< 60%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %		
			10	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	80%	80%	100%	100%	100%	100%		
			11	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	50%	50%	100%	100%	100%	100%		

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian 2014	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab	
		Jenis	Uraian			2015	2016	2017	2018	2019		
12	Pelayanan pasien keluarga miskin	Input	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub bagian Tata Usaha
			2	Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Proses	3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	> 15 menit	> 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
			4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	< 80 %	< 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
12	Pelayanan rekam medik	Input	1	Pemberi pelayanan rekam medis	Sesuai persyaratan	30%	30%	60%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik
			Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan	≤ 10 menit	> 10 menit	> 10 menit	> 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	
		3		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	> 15 menit	> 15 menit	> 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
		Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	50%	50%	50%	80%	100%	100%	
			5	Kelengkapan <i>Informed Concent</i> setelah mendapatkan informasi	100%	50%	50%	50%	80%	100%	100%	
		Outcome	6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	< 80%	< 80%	< 80%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
13	Pengelolaan limbah	Input	1	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit: padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	50%	50%	100%	100%	100%	100%	
		Proses	3	Pengelolaan limbah cair	100%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian 2014	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab	
		Jenis	Uraian			2015	2016	2017	2018	2019		
19	Pemeliharaan sarana rumah	Input	1	Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur	1 orang	1 orang	1 orang	1 orang	1 orang	1 orang	Kepala Instalasi IPSRS
		Proses	2	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≤ 15 menit	≥ 15 menit	≥ 15 menit	≥ 15 menit	≥ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
			3	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	50%	50%	75%	75%	100%	100%	
		Output	4	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
20	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	-	-	75%	75%	75%	75%	Ketua Komite PPI
			2	Ketersediaan APD di setiap instalasi /departemen	≥60 %	< 60%	< 60%	≥60 %	≥60 %	≥60 %	≥60 %	
		Proses	3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumah sakit.	75%	-	-	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	
		Output		Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	50%	50%	75%	100%	100%	100%	
21	Pelayanan Keamanan	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	-	-	40%	60%	80%	100%	Ka.Subbag Tata Usaha
			2	Sistem pengamanan	Ada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Proses	3	Petugas Keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam	Setiap 12 jam	Setiap 8 jam	Setiap 4 jam	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	
			4	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	-	-	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang	100%	99,9%	99,9%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 90%	-	-	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
22	Pelayanan Parkir	Input	1	Tersedianya tempat parkir kendaraan roda 2 dan roda 4	- Roda dua 60 buah/hari	30 buah	50 buah	50 buah	60 buah	70 buah	80 buah	Ka.Subbag Tata Usaha
					- roda empat 25 buah/hari	20 buah	25 buah	25 buah	25 buah	30 buah	30 buah	

No	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar	Pencapaian 2014	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab
		Jenis		Uraian			2015	2016	2017	2018	2019	
		Output	2	Pendapatan parkir	36.000.000	-	-	30.000.000	36.000.000	42.000.000	48.000.000	
					22.500.000	-	-	22.500.000	22.500.000	27.000.000	27.000.000	
		Outcome	3	Kepuasan Pasien/keuarga	≥ 90%	-	-	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	

GUBERNUR LAMPUNG

td

M.RIDHO FICARDO

**INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat umum dan jiwa
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BCLS/BTCLS/PPGD/GELS/ATLS/ATCLS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BCLS/BTCLS/ PPGD/GELS/ATLS/ATCLS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

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

4. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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 Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi gawat darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

6. 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	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang

Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Kepuasan Pasien/keluarga Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan Kepuasan Pasien/keluarga
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
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	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

9. Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam

Judul	Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu menenangkan pasien dalam waktu ≤ 48 jam
Definisi Operasional	Penatalaksanaan pasien gawat darurat jiwa menjadi tidak lagi mengancam keselamatan/dirinya dan orang lain dan atau lingkungannya, /merusak/menyerang, sejak datang di UGD hingga paling lama 48 jam.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata pasien yang dirawat di Unit Gawat Darurat Jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu paling lama 48 jam.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di Unit Gawat Darurat Jiwa
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Ketersediaan pelayanan rawat jalan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari Rumah Sakit Jiwa.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan jiwa
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. 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	Pemberi pelayanan di Klinik spesialis adalah dokter spesialis sesuai dengan spesialisasi polikliniknya.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di 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
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah 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 pengumpulan 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
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 pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan / Komite Mutu

5. Ketersediaan Pelayanan NAPZA

Judul	Ketersediaan Pelayanan Napza
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan Napza, di rumah sakit jiwa.
Definisi Operasional	Pelayanan NAPZA pelayanan bagi apsie VCT adalah Proses konseling pra testing, konseling post testing, dan testing HIV secara sukarela yang bersifat confidential dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Konseling pra testing memberikan pengetahuan tentang HIV & manfaat testing, pengambilan keputusan untuk testing, dan perencanaan atas issue HIV yang akan dihadapi. Konseling post testing membantu seseorang untuk mengerti & menerima status (HIV+) dan merujuk pada layanan dukungan.

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis – jenis pelayanan VCT yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan / Komite Mutu

6. Ketersediaan Pelayanan Psikologi

Judul	Ketersediaan Pelayanan Psikologi
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan psikologi yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan Pelayanan antara lain pemeriksaan kepribadian, test kecerdasan, psikometri dan lain-lain.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya pelayanan pemeriksaan kepribadian, kecerdasan, psikometri dan lain-lain
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan / Komite Mutu

7. Peresepan Obat Sesuai Formularium

Judul	Penulisan resep obat sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan / Komite Mutu

8. Kepuasan Pasien/keluarga Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan Kepuasan Pasien/keluarga
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan / tim mutu/panitia mutu

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. 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 tirah baring 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 sesuai dengan standar minimal Rumah Sakit Jiwa Type B
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan 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 diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

3. Dokter Penanggung jawab pasien rawat inap

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

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis 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	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian infeksi nosokomial

Judul	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

6. Kejadian pulang paksa/kejadian pulang sebelum sembuh

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

7. Tidak ada kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak ada kematian Pasien jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang disebabkan tindakan bunuh diri akibat perawatan yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan di kurangi jumlah kematian Pasien jiwa karena bunuh diri dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap
-----------------------------------	-----------------------------

8. Kejadian Re-admission Pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan

Judul	Kejadian Re-admission Pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif.
Definisi Operasional	Lamanya pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan tidak kembali keperawatan rumah sakit jiwa dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian pasien jiwa gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan.
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

9. Lama hari rawat pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari rawat pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif.
Definisi Operasional	Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk merawat pasien di RSJ sampai mencapai fase remisi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata waktu perawatan pasien gangguan jiwa.
Denominator	1
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

10. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
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 Analisa	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 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

IV. PELAYANAN INTENSIF CARE UNIT

1. Pemberi pelayanan perawat jiwa atau perawat umum bersertifikat PICU

Judul	Pemberi pelayanan perawat jiwa atau perawat umum bersertifikat PICU
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah perawat/perawat jiwa spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir PICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga perawat spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir PICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif jiwa
Denominator	Jumlah seluruh tenaga perawat jiwa dan perawat umum yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mutu

2. Ketersediaan obat gaduh gelisah

Judul	Ketersediaan obat gaduh gelisah
Dimensi mutu	Kemananan, nyaman
Tujuan	Memberikan pelayanan sesuai dengan standar.
Definisi operasional	Ketersediaan obat berbentuk injeksi yang diberikan pada pasien jiwa saat gaduh gelisah.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis obat gaduh gelisah yang tersedia
Denominator	Jumlah dan jenis obat gaduh gelisah yang dibutuhkan sesuai formularium
Sumber data	Instalasi farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mudik/mutu

3. Rata-rata pasien yang kembali ke PICU dengan kasus yang sama ≤ 2 minggu

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke PICU dengan kasus yang sama ≤ 2 minggu
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%

Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mudik/mutu
-----------------------------------	-------------------

4. Kepuasan Pasien/keluarga Rawat Intensif

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien/keluarga pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

V. RADIOLOGI

1. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi
Dimensi mutu	Akses, Keamanan, kenyamanan
Tujuan	Memberikan pelayan radiologi sesuai standar fasilitas Rumah Sakit Jiwa
Definisi operasional	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi sesuai dengan standar pelayanan radiologi Rumah Sakit Jiwa.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah dan jenis peralatan radiologi sesuai standar yang dimiliki.
Denominator	Jumlah dan jenis peralatan radiologi sesuai standar.
Sumber data	Bendahara asset
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

2. 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

3. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi
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

	dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

4. Kejadian kegagalan pelayanan rontgent

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgent
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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi Radiologi

5. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi
Dimensi mutu	Akses, Keamanan, kenyamanan
Tujuan	Memberikan pelayan radiologi sesuai standar fasilitas Rumah Sakit Jiwa
Definisi operasional	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi sesuai dengan standar pelayanan radiologi Rumah Sakit Jiwa.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah dan jenis peralatan radiologi sesuai standar yang dimiliki.
Denominator	Jumlah dan jenis peralatan radiologi sesuai standar.
Sumber data	Bendahara asset
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

2. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium Patologi Klinik adalah tenggang waktu mulai pasien di sampling sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium Patologi Klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat pelayanan Laboratorium Patologi Klinik dalam bulan tersebut.
Sumber data	Instalasi laboratorium patologi klinik
Standar	< 3%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi Laboratorium Patologi Klinik

3. Ekspertisi pemeriksa hasil laboratorium

Judul	Ekspertisi pemeriksa hasil laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium

4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keamanan
Tujuan	Menjamin keamanan hasil pemeriksaan specimen .
Definisi operasional	Adanya ketepatan dan ketelitian pemberian pada hasil uji specimen pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah specimen yang tidak tertukar.
Denominator	Jumlah specimen
Sumber data	Register Instalasi laboratorium patologi klinik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi Laboratorium Patologi Klinik

5. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan

Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

VII. PELAYANAN REHABILITASI JIWA

1. Pemberi pelayanan rehabilitasi jiwa

Judul	Pemberi pelayanan rehabilitasi jiwa
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rehabilitasi jiwa oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pelayanan terapi ADL, terapi okupasi dan terapi vokasional pada pasien jiwa
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan rehabilitasi jiwa yang ada.
Denominator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan rehabilitasi jiwa sesuai standar.
Sumber data	Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Jiwa

2. Semua pasien tenang dilakukan rehabilitasi jiwa

Judul	Semua pasien tenang dilakukan rehabilitasi jiwa
Dimensi mutu	Kenyamanan, keamanan
Tujuan	Memberikan pelayanan rehabilitasi jiwa sesuai standar pelayanan pada pasien jiwa.
Definisi operasional	Paien diberikan terapi ADL, terapi okupasi atau terapi vokasional di unit rehabilitasi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien tenang yang mengikuti rehabilitasi jiwa
Denominator	Jumlah pasien tenang seluruhnya.
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rehabilitasi jiwa

3. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi jiwa
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas jiwa .
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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitas Jiwa

VIII. PELAYANAN ELEKTRO MEDIK

1. SDM Bersertifikat sesuai alat

Judul	SDM Bersertifikat sesuai alat
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Memberikan pelayanan sesuai standar
Definisi operasional	Sumber Daya Manusia memiliki sertifikat sesuai dengan alat yang dioperasikan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 6 bulan
Periode analisis	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah SDM yang memberikan pelayanan elektromedik yang memiliki sertifikat diklat elektromedik
Denominator	Jumlah SDM yang memberikan pelayanan elektromedik
Sumber data	Kepegawaian
Standar	>80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Seksi Penunjang Medik

2. Alat elektro medik

Judul	Alat elektro medik
Dimensi mutu	Keamanan, kenyamanan, akses
Tujuan	Memberikan pelayanan menggunakan alat elektro medik sesuai dengan standar ketersediaan alat Rumah Sakit Jiwa type B
Definisi operasional	Alat kesehatan untuk pemeriksaan dan pengobatan medis secara elektronik antara lain: EEG, EKG dan lain-lain.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap enam bulan
Periode analisis	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah/jenis alat elektronik yang tersedia
Denominator	Jumlah/ajenis alat elektromedik Rumah Sakit Jiwa Type B
Sumber data	Rekam menit
Standar	>80 %
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Bagian/ Kepala Seksi Penunjang Medik

3. Waktu tunggu pemeriksaan pasien rawat jalan di unit elektro medik

Judul	Waktu tunggu pemeriksaan pasien rawat jalan di unit elektro medik
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan di unit elektro medik
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan elektro medik adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan berkas pemeriksaan sampai dengan dilayani.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan di unit elektro medik yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan di unit elektro medik yang disurvei
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 60 medik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala UPF Elektro Medik

4. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali

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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

IX. PELAYANAN FARMASI

1. Pemberi pelayanan farmasi

Judul	Pemberi Pelayanan pelayanan farmasi
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pelayanan farmasi dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan pelayanan .
Definisi operasional	Pelaksana pelayanan farmasi adalah apoteker atau tenaga teknis kefarmasian yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pelayanan pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pelayanan farmasi yang dilakukan oleh apoteker atau tenaga teknis kefarmasian dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan farmasi dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi farmasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

2. Ketersediaan formularium

Judul	Ketersediaan formularium
Dimensi mutu	Keamanan, kenyamanan
Tujuan	Memberikan pelayanan farmasi sesuai dengan standar pelayanan farmasi Rumah Sakit
Definisi operasional	Ketersediaan panduan jenis obat yang disediakan untuk pelayanan di Rumah Sakit Jiwa berdasarkan hasil rekomendasi dari Komite Farmasi Terapi
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Formularium yang tersedia
Denominator	Formularium
Sumber data	Instalasi farmasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

3. Ketersediaan obat sesuai formularium

Judul	Ketersediaan obat sesuai formularium
Dimensi mutu	Kamanan, kenyamanan
Tujuan	Memberikan pelayanan farmasi yang efektif dan efisien.
Definisi operasional	Tersedianya jumlah dan jenis obat-obatan sesuai dengan formularium Rumah Sakit Jiwa yang telah dibuat oleh Komite Farmasi Terapi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis obat yang tersedia
Denominator	Jumlah dan jenis obat yang ada di formularium
Sumber data	Instalasi farmasi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi farmasi

4. 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

5. 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

6. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

X. Gizi

1. Pemberi pelayanan gizi

Judul	Pemberi Pelayanan pelayanan gizi
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Pelayanan gizi dilakukan oleh tenaga ahli dan atau pembantu ahli gizi untuk memastikan ketepatan pelayanan .

Definisi operasional	Pelaksana pelayanan gizi adalah nutrisionis atau tenaga yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pelayanan pelayanan gizi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah nutrisionis ahli atau pembantu ahli gizi yang memberikan pelayanan gizi .
Denominator	Jumlah seluruh tenaga pemberi pelayanan gizi .
Sumber data	Bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi

Judul	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi
Dimensi mutu	Keamanan, kenyamanan.
Tujuan	Adanya pelayanan konsultasi di rawat inap dan rawat jalan.
Definisi operasional	Ketersediaan serangkaian kegiatan penyampaian pesan-pesan gizi yang direncanakan dan dilaksanakan untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian sikap serta perilaku positif pasien dan lingkungannya terhadap upaya peningkatan gizi dan kesehatan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kunjungan konsultasi gizi yang dilayani
Denominator	Jumlah kunjungan konsultasi gizi seluruhnya.
Sumber data	Register di Instalasi gizi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gizi

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

4. 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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	>90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

5. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi gizi

XI. PELAYANAN GAKIN

1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin

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 askeskin/BPJS/KIS atau pemegang kartu jaminan keluarga miskin lainnya.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin

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 askeskin/BPJS/KIS/dan kartu keluarga miskin lainnya.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin

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 askeskin/BPJS -PBI/KIS kartu keluarga miskin lainnya.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali

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%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin

Judul	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Tidak adanya pembebanan biaya yang ditagihkan kepada keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Biaya yang dibayarkan oleh pembayar jaminan asuransi
Denominator	Total biaya seluruhnya
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani

Judul	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Semua pasien yang masuk baik rawat jalan, rawat inap maupun UGD dilayani sesuai dengan pelayanan yang dibutuhkan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang dilayani.
Denominator	Jumlah pasien miskin.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

6. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan pasien keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan pasien keluarga miskin.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

XII. REKAM MEDIK

1. Pemberi pelayanan rekam medis

Judul	Pemberi pelayanan rekam medis
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Pelayanan rekam medis dilakukan oleh tenaga ahli rekam medis untuk memastikan ketepatan pelayanan .
Definisi operasional	Pelaksana pelayanan rekam medis adalah tenaga rekam medis atau tenaga yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pelayanan rekam medis.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pelayanan rekam medis yang dilakukan tenaga ahli rekam medis atau tenaga lainnya dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan rekam medis dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

2. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

3. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

5. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

6. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rekam medik
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rekam medik.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rekam medik

XIII. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Adanya penanggungjawab limbah

Judul	Adanya penanggungjawab limbah
Dimensi mutu	Kompetensi
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah di rumah sakit

Definisi operasional	Semua limbah yang dihasilkan oleh kegiatan rumah sakit dan kegiatan penunjang lainnya). Limbah rumah sakit terdiri dari dan limbah padat.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Satu tahun sekali
Numerator	Jumlah penanggungjawab limbah yang ada
Denominator	Jumlah penanggungjawab limbah yang dibutuhkan
Sumber data	Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur

2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit padat ; cair

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit padat ; cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit.
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit dalam sarana yang dibutuhkan untuk melakukan pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengaturnya. Pengolahan limbah cair berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit sesuai ketentuan yang tersedia.
Denominator	Fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit yang disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan yang mengaturnya.
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan

3. Pengolahan limbah cair berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah cair berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah cair infeksius dan non infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah cair adalah semua air buangan termasuk tinja yang berasal dari kegiatan rumah sakit yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun dan radiokaktif yang berbahaya bagi kesehatan. Pengolahan limbah cair berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah limbah cair yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah cair yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan

4. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan

XIV. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan

Judul	Adanya daftar urut kepangkatan karyawan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya urutan kepangkatan karyawan sesuai dengan peraturan mengenai kepangkatan yang berlaku.
Definisi operasional	Daftar urut kepangkatan adalah daftar yang memuat data karyawan dimulai dari pangkat tertinggi sampai pangkat terendah sesuai dengan peraturan tentang kepangkatan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Daftar urut kepangkatan yang diperbarui
Denominator	Daftar urut kepangkatan.
Sumber data	Bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumah sakit

2. Adanya peraturan internal rumah sakit

Judul	Adanya peraturan internal rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tertibnya tata kelola rumah sakit
Definisi operasional	Peraturan internal rumah sakit adalah suatu produk hukum yang merupakan anggaran rumah tangga rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit yang mengatur tentang organisasi pemilik; peran, tugas dan kewenangan pemilik; peran, tugas dan kewenangan direktur; organisasi staf medis; peran, tugas dan kewenangan staf medis.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun sekali
Numerator	peraturan internal rumah sakit
Denominator	peraturan internal rumah sakit
Sumber data	Bagian tata usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumah sakit

3. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit

Judul	Adanya perencanaan strategis rumah sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya perencanaan strategis rumah sakit
Definisi operasional	Perencanaan strategis rumah sakit adalah proses yang dilakukan suatu organisasi untuk menentukan strategi atau arahan, serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber dayanya (termasuk modal dan sumber daya manusia) untuk mencapai strategi serta merupakan alat manajemen yang digunakan untuk mengelola kondisi saat ini untuk melakukan proyeksi kondisi pada masa depan, sehingga rencana strategis adalah sebuah petunjuk yang dapat digunakan organisasi dari kondisi saat ini untuk mereka bekerja menuju 5 sampai 10 tahun ke depan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap tahun
Periode analisis	Lima tahun sekali
Numerator	Rencana strategis rumah sakit
Denominator	Rencana strategis rumah sakit
Sumber data	Bagian perencanaan/tata usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumah sakit

4. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 pengumpulan data	Direktur rumah sakit

5. 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	Bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

7. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

8. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

9. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada

	rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur

10. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 5 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

11. 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	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan pemberian insentif sesuai jadwal.
Denominator	Jumlah bulan dalam 1 tahun
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Bagian Keuangan

XV. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan

Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi jenazah
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

2. Pemberi pelayanan ambulans dan mobil jenazah

Judul	Pemberi pelayanan ambulans & mobil jenazah
Dimensi mutu	Kompetensi
Tujuan	Tersedianya pemberi pelayanan mobil ambulans dan mobil jenazah sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan.
Definisi operasional	Pemberi pelayanan ambulans & mobil jenazah adalah petugas yang diberi kewenangan melaksanakan pelayanan ambulans & mobil jenazah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap tahun sekali
Periode analisis	Total pemberi ambulans & mobil jenazah yang dimiliki
Numerator	Jumlah pemberi ambulans & mobil jenazah yang dibutuhkan
Denominator	Setiap tahun sekali
Sumber data	Instalasi jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah

Judul	Ketersediaan pelayanan ambulans & mobil jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya mobil ambulans dan mobil jenazah
Definisi operasional	Ambulans adalah <u>kendaraan</u> transportasi gawat darurat medis khusus orang <u>sakit</u> atau <u>cedera</u> yang digunakan untuk membawanya dari satu tempat ke tempat lain guna perawatan lebih lanjut. Mobil Jenazah adalah kendaraan yang khusus digunakan untuk membawa jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap tahun
Periode analisis	Setiap tahun sekali
Numerator	Total ambulans & mobil jenazah yang dimiliki
Denominator	Jumlah ambulans & mobil jenazah yang dibutuhkan
Sumber data	Instalasi jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

4. Ketersediaan kamar jenazah

Judul	Ketersediaan kamar jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya kamar jenazah
Definisi operasional	Kamar jenazah (di rumah sakit atau di tempat lain) digunakan untuk penyimpanan jenazah menunggu identifikasi, atau pemindahan untuk otopsi atau pelepasan dengan penguburan, kremasi atau sebaliknya.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap tahun sekali
Periode analisis	Total kamar jenazah yang dimiliki.
Numerator	Jumlah kamar jenazah yang dibutuhkan.
Denominator	Setiap tahun sekali
Sumber data	Instalasi jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

5. Waktu tanggap pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Kecepatan pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
-------	--

Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang/ mulai membutuhkan sampai tersedianya ambulance.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan ambulance pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulane

6. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan Pasien/keluarga
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulance
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulance.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance

XVI. PELAYANAN DIKLAT

1. Tenaga pembimbing bersertifikat

Judul	Tenaga pembimbing bersertifikat
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Pelayanan diklat yang diberikan sesuai dengan standar yang disyaratkan
Definisi operasional	Pembimbing diklat bersertifikat sesuai dengan pelayanan diklat yang diberikan kepada peserta diklat
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun sekali
Numerator	Tenaga pembimbing diklat bersertifikat
Denominator	Tenaga pembimbing diklat seluruhnya
Sumber data	Bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala unit diklat

2. Kepuasan peserta Diklat

Judul	Kepuasan peserta diklat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi peserta diklat terhadap pelayanan diklat
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh peserta diklat terhadap pelayanan diklat.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta diklat yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total peserta diklat yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey

Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim Diklat RSJD

XVII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersediannya pelayanan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Pemulasaraan/Perawatan Jenazah adalah kegiatan yang meliputi perawatan jenazah, konservasi bedah mayat yang dilakukan oleh Rumah Sakit untuk kepentingan pelayanan kesehatan, pemakaman dan kepentingan prosesperadilan;
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahunsekali
Numerator	pelayanan pemulasaraan jenazah
Denominator	pelayanan pemulasaraan jenazah
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

2. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

3. Kepuasan Pasien/keluarga

Judul	Kepuasan peserta diklat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi peserta survey terhadap pelayanan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh pelanggan atas pelayanan yang diberikan.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pelanggan yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total peserta diklat yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag. Tata Usaha

XVIII. PELAYANAN LAUNDRY

1. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersediannya fasilitas dan peralatan laundry

Definisi operasional	Londri RS adalah tempat pencucian linen yang dilengkapi dengan sarana penunjangnya berupa mesin cuci, alat dan desinfektan, mesin uap (<i>steam boiler</i>), pengering, meja, dan mesin setrika.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis sarana prasarana serta tenaga yang dimiliki oleh instalasi laundry
Denominator	Jumlah dan jenis sarana prasarana serta tenaga yang dibutuhkan oleh instalasi laundry
Sumber data	Instalasi laundry
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan
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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry

3. Tidak ada kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak ada kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada linen yang hilang di ruangan pelayanan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Satu bulan sekali
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 pengumpulan data	Kepala Instalasi laundry

XVIII. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Adanya penanggungjawab IPSRS

Judul	Adanya penanggungjawab IPSRS
Dimensi mutu	Kompetensi
Tujuan	IPRS dipimpin oleh orang yang sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan.
Definisi operasional	IPRS adalah suatu unit fungsional untuk melaksanakan kegiatan agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu sarana, prasarana dan peralatan selalu berada dalam keadaan laik pakai.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	SK Direktur
Denominator	SK Direktur
Sumber data	Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur

2. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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	> 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS

3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
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 pengumpulan data	Kepala IPRS

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

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

XX. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Adanya Tim PPI yang terlatih

Judul	Adanya 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	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD).

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
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	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim PPI

3. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas

Judul	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tergambarnya penggunaan APD saat melaksanakan tugas di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas kepatuhanpetugas dalam menggunakan 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 petugas yang menggunakan APD
Denominator	Jumlah petugas di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim PPI

4. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumah sakit.

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosocomial /health care associated infection (HAI), 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 pengumpulan data	Tim PPI RS

Keterangan :**ILO : Infeksi Luka Operasi****ILI : Infeksi Luka Infus****VAP : Ventilator Associated Pneumonia****ISK : Infeksi Saluran Kemih****XX. PELAYANAN KEAMANAN****1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan**

Judul	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Petugas keamanan bersertifikat pengamanan
Definisi operasional	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut tentang pengamanan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah petugas keamanan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag Tata Usaha

2. Sistem pengamanan

Judul	Sistem pengamanan
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya Sistem pengamanan di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Sistem pengamanan adalah sebuah siste yang disusun dalam rangka menjamin keamanan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan sistem pengamanan
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag Tata Usaha

3. Petugas Keamanan melakukan keliling RS

Judul	Petugas Keamanan melakukan keliling RS
Dimensi mutu	Mutu pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan Petugas Keamanan melakukan keliling RS .
Definisi operasional	Petugas Keamanan melakukan kegiatan mengelilingi RS dengan interval waktu tentu
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Petugas keamanan melakukan
Denominator	Jadwal keliling petugas keaman
Sumber data	Register kontrol di setiap ruangan
Standar	Setiap 4 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag Tata Usaha

4. Evaluasi terhadap system pengamanan

Judul	Evaluasi terhadap system pengamanan
Dimensi mutu	Mutu pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan rencana program PPI .
Definisi operasional	Pelaksanaan evaluasi terhadap system pengamanan adalah kegiatan yang dilakukan dengan cara meneliti kepatuhan petugas keamanan melakukan pengamanan melalui register kontrol serta fasilitas pelayanan keamanan yang tersedia.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan

Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah petugas yang melaksanakan tugas pengamanan sesuai dengan jadwal
Denominator	Jumlah petugas yang melaksanakan tugas pengamanan.
Sumber data	Survey
Standar	Setiap 3 bulan
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag Tata Usaha

5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

Judul	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tergambarnya tingkat keamanan di lingkungan rumah sakit jiwa.
Definisi operasional	Tidak adanya pasien/keluarganya, pengunjung dan karyawan yang mengalami kejadian kehilangan barang selama berda di lingkungan rumah sakit jiwa.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien/keluarganya, pengunjung, dan karyawan yang kehilangan barang
Denominator	Jumlah pasien/keluarganya, pengunjung, karyawan yang berada di rumah sakit jiwa dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag Tata Usaha

6. Kepuasan pasien

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi peserta survey terhadap tingkat keamanan di rumah sakit jiwa.
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh peserta survey terhadap system keamanan di rumah sakit jiwa.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total peserta yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag. Tata Usaha

XXII. PELAYANAN PARKIR

1. Tersedianya tempat parkir roda dua dan roda empat

Judul	Tersedianya tempat parkir roda dua dan roda empat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menyediakan tempat parkir sesuai kebutuhan
Definisi operasional	Lahan parkir tersedia sesuai dengan kebutuhan pengunjung maupun karyawan RSJ.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Luas lahan parkir tersedia
Denominator	Luas lahan parkir untuk 1 (satu) kendaraan
Sumber data	Survey
Standar	Roda dua 100 buah Roda empat 50 buah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag. Tata Usaha

2. Pendapatan parkir

Judul	Pendapatan parker
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memperoleh pendapatan dari parkir kendaraan pengunjung.
Definisi operasional	Jumlah pendapatan dari parkir kendaraan pengunjung untuk roda dua maupun roda empat
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pendapatan riil yang didapatkan dari parkir kendaraan pengunjung
Denominator	'
Sumber data	Bendahara penerimaan
Standar	Sesuai target
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag. Tata Usaha

3. Kepuasan pasien

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Mutu pelayanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi peserta survey terhadap tingkat pelayanan parkir di rumah sakit jiwa.
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh peserta survey terhadap pelayanan parkir di rumah sakit jiwa.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total peserta yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag. Tata Usaha

GUBERNUR LAMPUNG

ttd

M.RIDHO FICARDO

3. Kepuasan pasien

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Mutu pelayanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi peserta survey terhadap tingkat pelayanan parkir di rumah sakit jiwa.
Definisi operasional	Kepuasan Pasien/keluarga adalah pernyataan puas oleh peserta survey terhadap pelayanan parkir di rumah sakit jiwa.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total peserta yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabag. Tata Usaha

GUBERNUR LAMPUNG,

M.RIDHO FICARDO