



BUPATI KLATEN

PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI KLATEN
NOMOR 12 TAHUN 2015

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAGAS WARAS KABUPATEN KLATEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KLATEN,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka memenuhi salah satu hak dasar rakyat terhadap pelayanan kesehatan Kabupaten Klaten perlu dilakukan peningkatan kinerja pelayanan kesehatan yang bermutu, berdayaguna dan berhasilguna;
 - b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang penting dalam memacu peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
 - c. bahwa untuk mewujudkan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a, diperlukan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit yang merupakan standar pelayanan berdasarkan kewenangan yang telah ditetapkan dan wajib di laksanakan rumah sakit;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten.

- Menimbang : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
 6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 7. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lampiran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah;
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
13. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

16. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 4737);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
25. Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 2 Tahun 2008 tentang Penetapan Kewenangan Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten Klaten (Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2008 Nomor 2), Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Nomor 11);

26. Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pemerintah Kabupaten Klaten (Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2008 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Nomor 17);
27. Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 10 Tahun 2009 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2009 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Nomor 49);
28. Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 8 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten (Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2014 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Nomor 30);
29. Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 10 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C Kabupaten Klaten (Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2014 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Klaten Nomor 117) ;
30. Peraturan Bupati Klaten Nomor 27 Tahun 2014 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C Kabupaten Klaten (Berita Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2014 Nomor 28) ;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI KLATEN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAGAS WARAS KABUPATEN KLATEN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Klaten

2. Pemerintahan Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Klaten.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras yang selanjutnya disingkat RSUD Bagas Waras adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klaten.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
8. 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 standardan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. 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.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
11. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target dan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

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

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan untuk panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM RSUD Bagas Waras.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Bagas Waras 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 RSUD Bagas Waras meliputi :

- a. Pelayanan gawat darurat;
- b. Pelayanan rawat jalan;
- c. Pelayanan rawat inap;
- d. Pelayanan bedah;
- e. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. Pelayanan intensif;
- g. Pelayanan radiologi;
- h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. Pelayanan rehabilitasi medik;
- j. Pelayanan farmasi;
- k. Pelayanan gizi;
- l. Pelayanan transfusi darah;
- m. Pelayanan keluarga miskin yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan;
- n. Pelayanan Rekam Medik;
- o. Pelayanan limbah;
- p. Pelayanan administrasi manajemen;
- q. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- s. Pelayanan laundry;
- t. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- u. Pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi;
- v. Pelayanan Keamanan.

Bagian Kedua

Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian

Dan Uraian SPM

Pasal 4

Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD Bagas Waras yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.

- (2) Direktur atau Pimpinan RSUD Bagas Waras bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya, sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PENERAPAN

Pasal 6

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

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian kesatu

Pembinaan

Pasal 7

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

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan RSUD Bagas Waras.

Pasal 9

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

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Bagas Waras selain dilakukan oleh pejabat, pembina dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9, dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 7, pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10, dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Bagas Waras yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD Bagas Waras.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

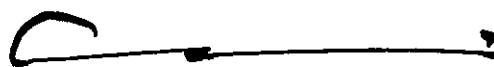
Pasal 12

Peraturan Bupati Klaten ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Klaten
pada tanggal 5 Mei 2015

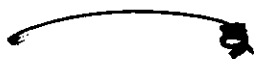
BUPATI KLATEN,



SUNARNA

Diundangkan di Klaten
pada tanggal 5 Mei 2015

Plt SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KLATEN,



SARTIYASTO

BERITA DAERAH KABUPATEN KLATEN TAHUN 2015 NOMOR..12

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI KLATEN
 NOMOR .../2015 TAHUN 2015
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 BAGAS WARAS KABUPATEN
 KLATEN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 BAGAS WARAS KABUPATEN KLATEN

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU
		INDIKATOR	STANDAR	
1	2	3	4	5
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1. 100%	2 Tahun
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 jam	1 Tahun
		3. Pemberian Pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS dan atau PPGD dan atau GELS dan atau ALS	3. 100%	2 Tahun
		4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	4. Satu tim	1 Tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5. ≤ lima menit terlayani setelah pasien datang	1 Tahun
		6. Kepuasan Pelanggan	6. ≥ 70%	1 Tahun
		7. Kematian pasien ≤ 24 jam	7. dua per seribu pasien yang pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam	4 Tahun
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100%	0 Tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	1. 100% dokter spesialis	1 Tahun
		2. Ketersediaan pelayanan	2. a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
		3. Jam buka pelayanan	3. 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali jumat pukul 08.00 s/d 11.00	1 Tahun

		4. Waktu Tunggu di rawat jalan	4. ≤ 60 menit	1 Tahun
		5. Kepuasan Pelanggan	5. $\geq 80\%$	2 Tahun
		6. a. Penegakan Diagnosi s TB melalui mikroskopis TB	6. $\geq 60\%$	4 Tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	$\geq 60\%$	4 Tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberian pelayanan di rawat inap	1. a. Dokter spesialis 100% b. Perawat minimal pendidikan D3 100%	1 Tahun 1 Tahun
		2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	2. 100%	1 Tahun
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	3. a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan dan kandungan d. Bedah	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
		4. Jam visite dokter spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 100%	2 Tahun
		5. Kejadian Infeksi pasca operasi	5. $\leq 1,5\%$	2 Tahun
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	6. $\leq 1,5\%$	2 Tahun
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	7. 100%	4 Tahun
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. $\leq 0,24\%$	4 Tahun
		9. Kejadian Pulang paksa	9. $\leq 5\%$	4 Tahun
		10. Kepuasan pelanggan	10. $\geq 90\%$	4 Tahun
		11. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap	11. a. $\geq 60\%$	4 Tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pada pasien rawat inap di RS	b. $\geq 60\%$	4 Tahun
4	Pelayanan Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif	1. ≤ 2 hari	4 Tahun

		2. Kejadian Kematian di meja operasi	2. $\leq 1 \%$	4 Tahun
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100%	1 Tahun
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100%	1 Tahun
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100%	1 Tahun
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100%	1 Tahun
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	7. $\leq 6 \%$	2 Tahun
5	Persalinan perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Pendarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	4 Tahun 4 Tahun 4 Tahun
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter spesialis kebidanan dan kandungan b. Dokter umum terlatih Asuhan Persalinan Normal c. Bidan terlatih Asuhan Persalinan Normal	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Komprehensif yang terlatih	4 Tahun
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter spesialis kebidanan dan kandungan b. Dokterspesialis anak c. Dokter spesialis anestesi	2 Tahun 2 Tahun 2 Tahun
		5. Kemampuan menangani bayi berat badan lahir rendah (BBLR): 1500 gr - 2500 gr	5. 100%	4 Tahun
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. $\leq 20 \%$	4 Tahun
		7. Keluarga Berencana	7. 100%	2 Tahun

		Presentase KB (Vasektomi dan Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter spesialis bedah, dokter spesialis urologi, dokter umum terlatih		
		8. Kepuasan Pelanggan	8. $\geq 80\%$	2 Tahun
6.	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. $\leq 3\%$	4 Tahun
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	2. a. Dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	4 Tahun 2 Tahun
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1. < 3 jam	2 Tahun
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter spesialis radiologi: 100%	2 Tahun
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	3. Kerusakan foto $\leq 2\%$	2 Tahun
		4. Kepuasan pelanggan	4. $\geq 80\%$	2 Tahun
8.	Laboratorium patologi klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1. ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin	4 Tahun
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter spesialis patologi klinik: 100%	1 Tahun
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3. 100%	1 Tahun
		4. Kepuasan Pelanggan	4. $\geq 80\%$	2 Tahun
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	1. $\leq 50\%$	4 Tahun
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100%	4 Tahun
		3. Kepuasan Pelanggan	3. $\geq 80\%$	4 Tahun

10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan Pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 2. 100% 3. $\geq 80\%$ 4. 90%	2 Tahun 2 Tahun 2 Tahun 2 Tahun 4 Tahun
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet 4. Kepuasan pelanggan	1. $\geq 90\%$ 2. $\leq 20\%$ 3. 100% 4. 80%	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
12.	Transfusi darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi transfusi	1. 100 % terpenuhi 2. $< 0,01\%$	2 Tahun 2 Tahun
13.	Pelayanan GAKIN yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	1 Tahun
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed Concern setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. 100% 2. 100% 3. ≤ 10 menit 4. ≤ 15 menit	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD ≤ 30 mg/l b. COD ≤ 80 mg/l	2 Tahun 2 Tahun

			c. TSS $\leq$ 30 mg/l d. PH 6-9	2 Tahun 2 Tahun 2 Tahun
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	2. 100%	
16.	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut hasil pertemuan direksi	1. 100%	1 Tahun
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2. 100%	1 Tahun
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3. 100%	1 Tahun
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	4. 100%	1 Tahun
		5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun	5. $\geq$ 60%	4 Tahun
		6. Cost recovery	6. $\geq$ 40%	4 Tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7. 100%	2 Tahun
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8. $\leq$ 2 jam	2 Tahun
		8. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	8. 100%	2 Tahun
17.	Pelayanan ambulance/ kereta jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance	1. 24 jam	1 Tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di Rumah Sakit	2. $\leq$ 30 menit	1 Tahun
		3. Respons time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	3. Sesuai jarak dan waktu tempuh	1 Tahun
18.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	$\leq$ 2 jam	1 Tahun
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1. $\leq$ 80%	2 Tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100%	2 Tahun

		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3. 100%	2 Tahun
20.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100% 2. 100%	2 Tahun 2 Tahun
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS(min 1 parameter)	1. Anggota tim PPI yang terlatih 75% 2. 60% 3. 75%	2 Tahun 2 Tahun 2 Tahun
22	Pelayanan Keamanan	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan 2. Sistem Pengamanan 3. Petugas Keamanan melakukan keliling RS 4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan 5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang. 6. Kepuasan pasien	1. 100% 2. Ada 3. Setiap jam 4. Setiap 3 bulan 5. 100% 6. ≥90%	2 Tahun 2 Tahun 0 Tahun 1 Tahun 2 Tahun 2 Tahun

BUPATI KLATEN,



SUNARNA

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI KLATEN
 NOMOR .../2015... TAHUN 2015
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 BAGAS WARAS KABUPATEN
 KLATEN

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD BAGAS WARAS
 KABUPATEN KLATEN

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Jam buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam
Definisi Operasional	:	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	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	24 jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Kemampuan menangani *lifesaving*

Judul	:	Kemampuan menangani <i>lifesaving</i>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan.
Definisi Operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat <i>pertolongan life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat

Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku.
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Seksi Medis Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan sekali
Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah Tim penaggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapatkan pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	:	1
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	Satu Tim
Penanggung Jawab	:	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 sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal 50</i>)
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	< 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, dan petugas loket.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei(<i>minimal 50</i>)
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	>70%
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian Pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	:	Kematian Pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat

Definisi Operasional	:	Kematian $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\leq$ dua perseribu
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	:	Akses dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	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	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan

Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh dokter spesialis padapukul 08.00 s.d 13.00 WIB setiap hari kerja kecuali Jum'at pada pukul 08.00 s.d 11.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	100 %

Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
------------------	---	------------------------------

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

Judul	:	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, dan petugas loket.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei(<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$>80\%$
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

6a. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	:	Penegakan Diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis.
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, Kesiambungan layanan.

Tujuan	:	Kepastian Penegakan diagnosis tuberkulosis
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis tuberkulosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya Mycobacterium tuberculosis melalui 3x pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien tersangka tuberkulosis yang didiagnosis tuberkulosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberkulosis yang diperiksa.
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Koordinator Kegiatan

6b. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	Akses, Efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaa mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Koordinator Kegiatan

6c. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\geq 100\%$
Penanggung Jawab	:	Koordinator Kegiatan

7a. Terlaksananya kegiatan Voluntary Counselling and Testing (VCT)

Judul	:	Terlaksananya kegiatan <i>Voluntary Counselling and Testing</i> (VCT)
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS.
Definisi Operasional	:	Pelayanan VCT adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela datang untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Adanya pelayanan VCT
Denominator	:	1
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung Jawab	:	Koordinator Kegiatan

7b. Terlaksananya kegiatan *Care Suport and Treatment* (CST)

Judul	:	Terlaksananya kegiatan CST
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan CST di rumah sakit untuk pemberian perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS.
Definisi Operasional	:	Pelayanan <i>Care suport and Treatment</i> adalah pelayanan di rumah sakit yang ditujukan kepada ODHA dalam rangka memberikan perawatan, dukungan dan pengobatan.

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Adanya pelayanan CST
Denominator	:	1
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab	:	Koordinator Kegiatan

7c.Terlaksananya kegiatan *Prevention Mother to Child Transmission* (PMTCT)

Judul	:	Terlaksananya kegiatan PMTCT
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan PMTCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS.
Definisi Operasional	:	Pelayanan PMTCT adalah pelayanan di rumah sakit kepada ibu hamil yang secara sukarela datang untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS dengan tujuan untuk melakukan pencegahan penularan dari ibu ke anak.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Adanya pelayanan CST
Denominator	:	1
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab	:	Koordinator Kegiatan

7d.Terlaksananya kegiatan Pelayanan Infeksi Menular Seksual (IMS)

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pelayanan IMS
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan penyakit IMS di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan IMS adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang menderita penyakit IMS.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Adanya pelayanan IMS
Denominator	:	1
Sumber data	:	Instalasi Rawat Jalan
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab	:	Koordinator Kegiatan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Judul	:	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 bulan
Periode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	:	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada

Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam Visite dokter spesialis

Judul	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	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 tanggung jawabnya yang dilakukan pada pukul 08.00 WIB s.d pukul 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis padapukul 08.00 WIBs.dpukul 14.00 WIB yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Komite Medik dan Tim Mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	:	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	:	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (<i>kalor</i>), kemerahan (<i>color</i>), pengerasan (<i>tumor</i>) dan keluarnya nanah (<i>pus</i>) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab	:	Komite Medik dan Tim Mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi decubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab	:	Komite Medik dan Tim Mutu

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	:	Tidak adanya kejadian jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian.
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut

Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. 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	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\leq 25/1000$ Indonesia <i>National Death Rate</i> (NDR)
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

9. Kejadian pulang paksa

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\leq 5\%$
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	:	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan

Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	> 90 %
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

11a. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	:	Penegakan diagnosis tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis.
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan layanan.
Tujuan	:	Kepastian penegakan diagnosis tuberculosis
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya ycobacterium tuberculosis melalui 3x pemeriksaan mikroskopis pada pasie rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien tersangka tuberculosis di rawat inap yang didiagnosis tuberculosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis di rawat inap yang diperiksa.
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala instalasi rawat jalan

11b. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penaggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikrokopis tuberculosis,

		pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

11c. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatatkan dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	:	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	:	Elektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan

Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	≤ 2 hari
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi

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

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan

Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Komite Medik

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

Judul	:	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Komite Medik

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

Judul	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\leq 6\%$
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Komite Medik

V. Persalinan dan Perinatologi

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	: Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, preklamsia, eklamsia, partus lama, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan, tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 Jam pada primi dan lebih dari 18 Jam pada multi.
Frekuensi Pengumpulan Data	: Tiap bulan
Periode analisa	: Tiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre eclampsia / eclampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	: Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre eclampsia / eclampsia dan sepsis
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: Pendarahan $\leq$ 1 %, pre-eklampsia $\leq$ 30 %, Sepsis $\leq$ 0,2 %
Penanggung Jawab	: Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	: Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten

Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan penggul, pendarahan ante partum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, talipusar menumbung.
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Tersedianya tim dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	Tersedia
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis

Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	:	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisiensi
Definisi Operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan

Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	< 20 %
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

7a. Keluarga Berencana

Judul	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

7b. Konseling KB Mantap

Judul	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	:	Seksi Pelayanan Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
-------	---	--------------------

Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Seksi Pelayanan Medik
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	:	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	$\leq 3 \%$
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	:	Pemberi Pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Spesialis Anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Komite Medik

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 buah
Periode analisa	:	3 buah
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Radiologi
Standar	:	$\leq$ 3 jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Radiologi
Standar	:	100
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	:	Instalasi Radiologi
Standar	:	< 2 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Instalasi Radiologi
Standar	:	> 80 %
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Laboratorium
Standar	:	≤ 140 menit (manual)
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan 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 tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %

Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium
------------------	---	-------------------------------

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

4. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survey (minimal 50)
Sumber data	:	Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode analisa	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram Rehabilitasi Medik dalam 3 bulan
Sumber data	:	Instalasi Rehabilitasi Medik
Standar	:	$\leq 50 \%$
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam Rehabilitasi Medik
Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan Rehabilitasi Medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan / atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan Rehabilitasi Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram Rehabilitasi Medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram Rehabilitasi Medik dalam 1 bulan
Sumber data	:	Instalasi Rehabilitasi Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Instalasi Rehabilitasi Medik
Standar	:	> 80 %
Penanggung Jawab	:	Kepala instalasi Rehabilitasi Medik

X. FARMASI

1a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi bagi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Farmasi
Standar	:	< 30 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala instalasi farmasi

1b. 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 bagi pasien adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan bagi pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Farmasi
Standar	:	< 60 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala instalasi farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	:	Instalasi Farmasi
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala instalasi farmasi

3. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)

Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Instalasi Farmasi
Standar	:	> 80 %
Penanggung Jawab	:	Tim Mutu

4. Penulisan resep sesuai formularium

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

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Instalasi Gizi
Standar	:	>90 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Gizi
Standar	:	$\leq 20 \%$
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Gizi
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

4. Kepuasan pelanggan dalam pelayanan gizi

Judul	:	Kepuasan pelanggan dalam pelayanan gizi
Dimensi Mutu	:	Kepuasan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gizi yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi yang diberikan oleh petugas gizi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan

Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien terhadap pelayanan gizi yang di survei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disurvei(<i>minimal 50</i>)
Sumber data	:	Instalasi Gizi
Standar	:	<80%
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	:	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	:	Seksi Penunjang Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	:	Kejadian reaksi transfuse
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik

Standar	: $\leq 0,01 \%$
Penanggung Jawab	: Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

XIII. PELAYANAN GAKIN

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan.

Judul	: Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan.
Dimensi Mutu	: Askes
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	: Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	: Instalasi Rekam Medik dan BPJS
Standar	: 100 %
Penanggung Jawab	: Direktur rumah sakit

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	: Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	: Kesiambungan 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	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	: Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	: Instalasi Rekam Medik

Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

2. Kelengkapan *informed Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	:	Kelengkapan <i>informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
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	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam Medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan Rekam Medik yang diamati (minimal 100)
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	Rerata $\leq$ 10 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan Rekam Medik rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen Rekam Medik rawat inap adalah dokumen Rekam Medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia dibangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam Medik rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total penyediaan Rekam Medik rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik
Standar	:	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu Limbah Cair

Judul	:	Baku mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair
Definisi Operasional	:	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/liter COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 80 mg/liter TSS (<i>Total Suspend Solid</i>) : 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	:	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius
Definisi Operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit(IPSRS)

XVI. ADMINISTRASI MANAJEMEN

① Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
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	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan

Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Direktur rumah sakit

2. 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 pelaksana 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 Strategi Bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada Rencana Strategi Bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	:	Bagian Tata Usaha
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Direktur rumah sakit

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, 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 analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, 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 analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun

Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	$\geq 40 \%$
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Pengembangan, Hukum dan Informasi

6. Cost recovery

Judul	:	Cost recovery
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Keuangan
Standar	:	$\geq 40 \%$
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

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

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Rekam Medik dan Sub Bagian Keuangan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

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

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6
Sumber data	:	SubBagianKeuangan
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

XVII. AMBULANCE / KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah

Judul	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	24 Jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit

Judul	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit di dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	:	Seksi Penunjang Non Medik
Standar	:	$\leq$ 30 menit
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

XVIII. PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi Operasional	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Pemulasaran Jenazah
Standar	:	< 2 jam
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	:	> 80 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

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

Judul	:	Peralatan Laboratorium (dan alat ukuran 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 analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	:	Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry

Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Instalasi Laundry
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen tepat waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Instalasi Laundry
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. Tim PPI

Judul	:	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas TIM PPI
Definisi Operasional	:	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjutan PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisa	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Standar	:	75 %
Penanggung Jawab	:	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	:	Tersedianya APD
Dimensi Mutu	:	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi
Definisi Operasional	:	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti : masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap hari
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	:	Jumlah instalasi
Sumber data	:	Seksi Penunjang Non Medik
Standar	:	60 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Definisi Operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain : ILO, ILI, VAP, ISK
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap hari
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	:	Seksi Penunjang Non Medik
Standar	:	75 %
Penanggung Jawab	:	Tim PPI

XXII. PELAYANAN KEAMANAN

1. Petugas Keamanan bersertifikat pengamanan

Judul	:	Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan
-------	---	---

Dimensi Mutu	:	Keamanan, kompetensi teknis dan kenyamanan
Tujuan	:	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
Definisi Operasional	:	Petugas Keamanan bersertifikat pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari diklat satpam dibuktikan dengan sertifikat diklat sesuai dengan standar
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan sekali
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	:	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

2. Sistem Pengamanan

Judul	:	Sistem Pengamanan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	:	Terciptanya sistem pengamanan di rumah sakit khususnya pengamanan bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Definisi Operasional	:	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Adanya kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan.
Denominator	:	1
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

3. Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling rumah sakit

Judul	:	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling rumah sakit
Dimensi Mutu	:	Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan

Tujuan	:	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas rumah sakit
Definisi Operasional	:	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling rumah sakit adalah kegiatan mengelilingi fasilitas rumah sakit setiap jam dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan sekali
Periode analisa	:	2 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40)
Denominator	:	Jumlah hari yang disampling
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan

Judul	:	Evaluasi terhadap sistem pengamanan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi Operasional	:	Evaluasi terhadap sistem pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap sistem pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan sekali
Periode analisa	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	:	3 bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

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

Judul	:	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang.
Dimensi Mutu	:	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	:	Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/ keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/ keluarga yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	≥ 90%
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

BUPATI KLATEN,



SUNARNA