



BUPATI REMBANG

PERATURAN BUPATI REMBANG

NOMOR 11 TAHUN 2013

TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI REMBANG NOMOR 7 TAHUN 2009 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT UMUMDAERAH dr.R.SOETRASNO REMBANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

BUPATI REMBANG,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat harus memiliki standar pelayanan yang bermutu dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati Rembang Nomor 7 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang;
- b. bahwa berdasarkan evaluasi pelaksanaan Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu melakukan perubahan standart pelayanan minimal guna peningkatan mutu pelayanan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Rembang Nomor 7 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengolahan Keuangan Badan Layanan Umum;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159/b/MesKes/PER/II/1988 tentang Rumah Sakit;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 /MenKes/SK/III2002 tentang Pedoman Penyusunan Standart Pelayanan Minimal RumahSakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ MenKes/ SK/ II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
13. Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten Rembang (Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2008 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Nomor 81);
14. Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 2 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Rembang (Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2008 Nomor 12, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Rembang Nomor 90), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 1 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Rembang;

15. Peraturan Bupati Rembang Nomor 24 Tahun 2009 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang,(Berita Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2009 Nomor 24);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

PERATURAN BUPATI TENTANG PERUBAHAN NOMOR 7 TAHUN 2009 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM PADA RUMAH SAKIT UMUM dr.R.SOETRASNO REMBANG.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Lampiran Peraturan Bupati Rembang Nomor 7 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum dr. R. Soetrasno Rembang, (Berita Daerah Kabupaten Rembang Tahun 2009 Nomor 7) pada BAB III diubah sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini.

Pasal II

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orangmengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Rembang.

Ditetapkan di Rembang
pada tanggal 08 April 2013



Diundangkan di Rembang
pada tanggal 08 April 2013

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN REMBANG



BERITA DAERAH KABUPATEN REMBANG TAHUN 2013 NOMOR 11

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI REMBANG
NOMOR 11 TAHUN 2013
TENTANG
PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI REMBANG NOMOR 7
TAHUN 2009 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr.R.SOETRASNO REMBANG

BAB III

SPM RSU dr. R. SOETRASNO REMBANG

A. JENIS – JENIS PELAYANAN DI RSU dr. R. SOETRASNO REMBANG

Jenis Pelayanan yang ada di RSU dr.R.Soetrasno Rembang meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Rawat Intensif dan HND
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
6. Pelayanan Bedah Sentral
7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Laboratorium
9. Pelayanan Radiologi
10. Pelayanan Gizi
11. Pelayanan Rehabilitasi Medik
12. Pelayanan Tranfusi darah
13. Pelayanan Ambulan, Mobil jenayah, dan pemulasaran jenayah
14. Pelayanan Linen
15. Pelayanan Rekam Medik
16. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
17. Pelayanan Administrasi Manajemen
18. Pelayanan Keuangan
19. Pelayanan Hygiene Sanitasi dan IPAL
20. Pelayanan Hemodialisa

B. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Batas waktu pencapaian

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		NILAI		BATAS WAKTU PENCAPAIAN	
1	Gawat Darurat	a.	Pemberian pelayanan bersertifikat PPGD/ ATLS/BCLS/ACLS	a.	100%	a.	3 tahun
		b.	Waktu tanggap pelayanan dokter	b.	5 Menit	b.	1 tahun
		c.	Kemampuan menangani live saving di IGD	c.	100%	c.	3 tahun
		d.	Kematian pasien \leq 24 jam di IGD	d.	$\leq 0,5\%$	d.	3 tahun
		e.	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	e.	$\geq 70\%$	e.	3 tahun
2	Rawat Jalan	a.	Jam buka pelayanan Pukul (08.00 – 13.00 WIB) (Jum'at pukul 08.00 – 11.00 WIB)	a.	80%	a.	3 tahun
		b.	Waktu tunggu \leq 60 menit	b.	80%	b.	3 tahun
		c.	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	c.	$\geq 90\%$	c.	3 tahun
3	Rawat Inap	a.	Jam visite dokter (mulai jam 08.00 – 14.00 WIB)	a.	80%	a.	3 tahun
		b.	Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit \leq 2 jam	b.	90%	b.	3 tahun
		c.	Ketersediaan pengawal ambulan $<$ 30 menit	c.	80%	c.	3 tahun
		d.	Kejadian pulang paksa	d.	$\leq 5\%$	d.	3 tahun
		e.	Kepuasan pelanggan pada rawat inap	e.	$\geq 90\%$	e.	3 tahun
		f.	Dokter Penanggung jawab pasien rawat inap	f.	100%	f.	3 tahun
4	Rawat Intensif dan HND	a.	Lama administrasi pasien masuk 15 menit	a.	90%	a.	3 tahun
		b.	Angka kejadian infeksi nosokomial	b.	$< 1 \%$	b.	3 tahun
		c.	Pemberi Pelayanan Unit intensif	c.	60%	c.	3 tahun
		d.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	d.	$\leq 3 \%$	d.	3 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		NILAI		BATAS WAKTU PENCAPAIAN	
5	Persalinan dan Perinatologi	a.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. - - -	Perdarahan $\leq 1\%$ Pre Eklampsia/Eklampsia $\leq 30\%$ Sepsis $\leq 0,2\%$	a. - - -	3 tahun 3 tahun 3 tahun
		b.	Bidan penolong persalinan bersertifikat APN	b.	100%	b.	3 tahun
		c.	Respone time dokter spesialis / residen 30 menit	c.	100%	c.	3 tahun
		d.	Pemberi persalinan pelayanan normal oleh dokter spesialis, dokter umum terlatih dan bidan.	d.	100%	d.	3 tahun
		e.	Keluarga berencana 1. Presentase KB (vasektomi &tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, terlatih 2. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	e. 1. 2.	100% 100%	e. 1. 2.	3 tahun 3 tahun
		f.	Kepuasan pelanggan	f.	> 80%	f.	3 tahun
6	Bedah Sentral	a.	Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari	a.	100%	a.	3 tahun
		b.	Waktu tunggu operasi cito 30 menit	b.	90%	b.	3 tahun
7	Farmasi	a.	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	a.	80%	a.	3 tahun
		b.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	b.	80%	b.	3 tahun
		c.	Tidak adanya kesalahan pemberian obat	c.	100%	c.	1 tahun
		d.	Kepuasan pelanggan	d.	> 80%	d.	3 tahun
8	Laboratorium	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit	a.	80%	a.	3 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		NILAI		BATAS WAKTU PENCAPAIAN	
		b.	Kepuasan pelanggan	b.	>80%	b.	3 tahun
9	Radiologi	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax \leq 3 jam	a.	90%	a.	3 tahun
		b.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	b.	100%	b.	3 tahun
		c.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	c.	\leq 2%	c.	3 tahun
		d.	Kepuasan Pelanggan	d.	>80%	d.	3 tahun
10	Gizi	a.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	a.	\geq 90%	a.	3 tahun
		b.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	b.	\leq 20%	b.	3 tahun
		c.	Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap	c.	100%	c.	3 tahun
11	Rehabilitasi Medik	a.	Waktu pelayanan $<$ 1 jam	a.	100%	a.	3 tahun
		b.	Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	b.	$<50\%$	b.	3 Tahun
		c.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	c.	100%	c.	3 Tahun
12	Tranfusi Darah	a.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap permintaan darah	a.	100%	a.	1 bulan
13	Pelayanan Ambulan / Kereta Jenazah	a.	Waktu pelayanan ambulan / Kereta Jenazah	a.	24 jam	a.	3 tahun
		b.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulan / Kereta Jenazah di rumah sakit	b.	\leq 30 menit	b.	3 tahun
		c.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaraan jenazah	c.	\leq 2 jam	c.	3 tahun
14	Linen	a.	Tidak adanya kejadian linen hilang	a.	100%	a.	3 tahun
		b.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	b.	100%	b.	3 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		NILAI		BATAS WAKTU PENCAPAIAN	
15	Rekam Medik	a.	Pengurusan Surat Visum et Repertum 6 hari	a.	90%	a.	3 tahun
		b.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	b.	100%	b.	3 tahun
		c.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	c.	≤ 10 menit	c.	3 tahun
		d.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	d.	≤ 15 menit	d.	3 tahun
16	Pelayanan GAKIN	a.	Pelayanan terhadap keluarga pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	a.	100%	a.	3 tahun
17	Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	a.	Kecepatan waktu menanggapi menanggapi kerusakan alat 20 menit	a.	≤ 80%	a.	3 tahun
		b.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	b.	≥ 80%	b.	3 tahun
18	Administrasi Manajemen	a.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan	a.	100%	a.	3 tahun
		b.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	b.	100%	b.	3 tahun
		c.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerka	c.	100 %	c.	3 tahun
		d.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	d.	≥ 60 %	d.	3 tahun
19	Keuangan	a.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya	a.	100%	a.	3 tahun
		b.	Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu	b.	100%	b.	3 tahun
20	Hygiene Sanitasi dan Pengolahan Limbah	a.	Pengelolaan limbah padat sesuai aturan	a.	100%	a.	3 tahun
		b.	Pemisahan sampah medis dan non medis	b.	100%	b.	3 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		NILAI		BATAS WAKTU PENCAPAIAN	
		c.	Baku mutu limbah cair - BOD < 30 mg/l -.COD < 80 mg/l - TSS < 30 mg/l -.PH 6-9	c.	80%	c.	3 tahun

BAB IV. PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada hakikatnya merupakan bentuk – bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh unit – unit pelaksana pelayanan kesehatan.

Melalui penyusunan Standar Pelayanan Minimal ini diharapkan dapat digunakan sebagai pedoman evaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukan pengukuran perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

Sebagai pedoman, Standar Pelayanan Minimal di dalam Rumah Sakit bersetujuan meningkatkan kuantitas dan kualitas untuk pelayanan, pengoptimalan sumberdaya, sarana maupun prasarana didalam Rumah Sakit itu sendiri. Dalam jangka panjangnya, diharapkan segenap pelayanan di Rumah Sakit yang selama ini telah berlangsung dapat dioptimalkan dan dapat terus meningkatkan minat masyarakat untuk menjadikan RSU dr.R.Soetrasno Rembang sebagai pilihan tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

C. Uraian Standar Pelayanan Minimal

1. INSTALASI GAWAT DARURAT

a. Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/BCLS/ACLS

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD / ATLS / BCLS / ACLS
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Tenaga kompeten kegawatdaruratan adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat Pelatihan PPGD / ATLS / BCLS / ACLS
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS / PPGD / BCLS / ACLS
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Instalasi Diklat

b. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tanggap pelayanan dokter
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan efektifitas
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
9	SUMBER DATA	Sample
10	STANDAR	≤ 5 menit
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

c. Kemampuan menangani livesaving di IGD

1	JUDUL INDIKATOR	Kemampuan menangani live saving di IGD
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan life saving
9	SUMBER DATA	Rekam Medis di Gawat darurat
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

d. Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD

1	JUDUL INDIKATOR	Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang di Instalasi Gawat Darurat
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	3 (tiga) bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat
9	SUMBER DATA	Rekam Medik
10	STANDAR	≤ 0.5%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

e. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n = 50</i>)
9	SUMBER DATA	Survei
10	STANDAR	$\geq 70\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Jam buka pelayanan pukul 08.00 – 13.00 WIB (jum'at pukul 08.00 – 11.00 WIB)

1	JUDUL INDIKATOR	Jam buka pelayanan pukul 08.00 – 13.00 WIB (Jum'at pukul 08.00 – 11.00 WIB)
2	DIMENSI MUTU	Akses Pelayanan
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Rumah Sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis pukul 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at pukul 08.00-11.00 WIB
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Instalasi Rawat Jalan
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Jalan

b. Waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survey Pasien rawat jalan
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

c. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan sekali
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	$\geq 90\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat jalan

3. INSTALASI RAWAT INAP

a. Jam visite dokter selesai jam 08.00 s/d 14.00 WIB

1	JUDUL INDIKATOR	Jam visite dokter selesai jam 08.00 s/d 14.00 WIB
2	DIMENSI MUTU	Akses, keseimbangan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah kunjungan dokter setiap hari kerja kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya sudah selesai pada jam 09.00 WIB
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan sekali
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah visite dokter yang selesai jam 09.00 WIB
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

b. Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit ≤ 2 jam

1	JUDUL INDIKATOR	Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit ≤ 2 jam
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, availability
3	TUJUAN	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan di Rumah Sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan administrasi bagi pasien yang akan meninggalkan Rumah Sakit sejak pasien dinyatakan boleh meninggalkan Rumah Sakit ≤ 2 jam
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien pulang yang menunggu ≤ 2 jam ketika akan menyelesaikan administrasi
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien keseluruhan yang meninggalkan Rumah Sakit
9	SUMBER DATA	Instalasi Rawat Inap
10	STANDAR	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Ruang

c. Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan rujukan di Rumah Sakit.
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah tersedianya tenaga perawat pengawal yang dibutuhkan untuk merujuk segera setelah dokter menyatakan pasien segera dirujuk
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Enam bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien rujukan yang didampingi perawat pengawal dalam waktu < 30 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rujukan
9	SUMBER DATA	Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Koordinator Perawat Pengawal, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Gawat Darurat

d. Kejadian pulang paksa

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian pulang paksa
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	STANDAR	$\leq 5\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite mutu/tim mutu

e. Kepuasan pelanggan pada rawat inap

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan pada rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	STANDAR	≥ 90 %
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua komite mutu/tim mutu

f. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

1	JUDUL INDIKATOR	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Terjadinya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medik
10	STANDAR	100 %
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instansi rawat inap

4. INSTALASI PERAWATAN INTENSIF DAN HND

a. Lama administrasi pasien masuk 15 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Lama administrasi pasien masuk 15 menit
2	DIMENSI MUTU	Availability (pelayanan yang dibutuhkan harus tersedia)
3	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none">1. Ketersediaan pelayanan yang dibutuhkan pasien IPI dan HND2. Kejelasan pelayanan bagi pasien IPI dan HND3. Kepuasan pasien IPI dan HND
4	DEFINISI OPERASIONAL	Ketersediaan dan kejelasan pelayanan IPI dan HND yang dimulai dari pemesanan kamar sampai dengan pasien menempati kamar perawatan
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	6 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang masuk IPI dan HND dengan lama pelayanan administrasi \leq 15 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang masuk IPI dan HND
9	SUMBER DATA	Dokumen rekam medis pasien
10	STANDAR	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Perawatan Intensif dan HND

b. Angka kejadian infeksi nosokomial

1	JUDUL INDIKATOR	Angka kejadian infeksi nosokomial
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Mengetahui hasil program pengendalian infeksi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah kejadian infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RS terdiri dari : dekubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kejadian infeksi nosokomial pada pasien yang dirawat di IPI dan HND
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dirawat di IPI dan HND
9	SUMBER DATA	Laporan surveilans pengendalian infeksi dan dokumen rekam medis
10	STANDAR	< 1%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Perawatan Intensif dan HND

c. Pemberi pelayanan unit intensif

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan unit intensif
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan intensif dengan tenaga berkualifikasi kompetensi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani dan perawat dengan pendidikan minimal D-3 bersertifikasi perawat mahir perawatan intensif
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	6 bulan
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah dokter spesialis anestesi dan spesialis sesuai kasus yang ditangani dan perawat dengan pendidikan minimal D-3 bersertifikasi perawat mahir perawatan intensif
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
9	SUMBER DATA	Kepegawaian dan Instalasi Perawatan Intensif dan HND
10	STANDAR	60%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Perawatan Intensif dan HND

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

1	JUDUL INDIKATOR	Rata rata yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas
3	TUJUAN	Tergambatnya keberhasilan perawatan intensif
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama < 72 jam.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	STANDAR	≤ 3 %
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite Medik / Mutu

5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian kematian ibu karena persalinan
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Mengetahui mutu pelayanan RS terhadap pelayanan persalinan
4	DEFINISI OPERASIONAL	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan distolik > 110 mmHg; - Protein uria > 5 gr/24jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif; - Oedem tungkai; <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kematian pasienpersalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis

9	SUMBER DATA	Rekam medis RS
10	STANDAR	Perdarahan ≤1%, pre eklampsia/ eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%
11	PENANGGUNG JAWAB	Komite Medis

b. Bidan penolong persalinan bersertifikat APN

1	JUDUL INDIKATOR	Bidan penolong persalinan bersertifikat APN
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan persalinan oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Bidan yang menolong persalinan sudah mempunyai sertifikat APN
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah tenaga bidan penolong persalinan yang bersertifikat APN
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh bidan penolong persalinan
9	SUMBE DATA	Ruang Persalinan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Sub.Bagian Kepegawaian

c. Respon time dokter spesialis / residen 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Respon time dokter spesialis / residen 30 menit
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya kesempurnaan pelayanan oleh dokter spesialis sesegera yang dibutuhkan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan sejak dokter jaga memutuskan konsul dokter spesialis sampai dengan kedatangan dokter spesialis ditempat pasien
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah konsultasi dengan kedatangan spesialis ≤ 30 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah konsultasi dokter jaga seluruhnya
9	SUMBER DATA	Ruang Persalinan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka. Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruang Persalinan

- d. Pemberi pelayanan persalinan normal oleh dokter spesialis, dokter umum terlatih dan bidan.

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan persalinan normal oleh dokter spesialis, dokter umum dan bidan.
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan persalinan oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter spesialis obstetri ginekologi (Sp.OG), dokter umum dan bidan yang terlatih asuhan persalinan normal (APN)
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah tenaga penolong persalinan normal terdiri dari dokter Sp.OG, dokter umum dan bidan yang bersertifikat APN
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga pemberi pelayanan persalinan
9	SUMBE DATA	Ruang Persalinan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka. Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruang Persalinan

e. Keluarga berencana

1). Prosentase KB (vasektomi &tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dan dokter umum terlatih

1	JUDUL INDIKATOR	Presentase KB (vasektomi &tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dan dokter umum terlatih
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tergambarnya prosentase pelayanan KB (vasektomi dan tubektomi)
4	DEFINISI OPERASIONAL	Operator vasektomi dan tubektomi adalah dokter spesialis obstetri ginekologi (Sp.OG), dokter spesialis bedah (Sp.B), dokter umum yang terlatih
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 6 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pelayanan KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh dokter Sp.OG, dokter Sp.B dan dokter umum terlatih
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah operator pelayanan KB (vasektomi dan tubektomi)
9	SUMBER DATA	Instalasi Bedah Sentral dan Ruang Kebidanan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka. IBS, Ka. Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruang Kebidanan

2). Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih

1	JUDUL INDIKATOR	Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tergambarnya prosentase pelayanan konseling peserta KB Mantap
4	DEFINISI OPERASIONAL	Peserta KB Mantap mendapatkan konseling mengenai KB Mantap dari bidan terlatih
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 6 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah konseling layanan KB Mantap oleh bidan terlatih
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh peserta konseling KB Mantap
9	SUMBER DATA	Klinik Kebidanan dan Kandungan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka. Instalasi Rawat Jalan dan bidan Klinik Kebidanan dan Kandungan

f. Kepuasan pelanggan pada persalinan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan pada persalinan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Satu bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9	SUMBER DATA	Survei
10	STANDAR	> 80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Ruang Persalinan

6. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

- a. Waktu tunggu operasi elektif \leq 2 hari

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu operasi elektif 1 hari
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan , efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan operasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka. Instalasi Bedah Sentral

b. Waktu tunggu operasi cito 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu operasi cito 30 menit
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah emergency
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu operasi cito adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang tidak direncanakan sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang tidak terencana
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang di operasi tidak direncanakan dalam bulan
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	STANDAR	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka. Instalasi Bedah Sentral

7. PELAYANAN FARMASI

- a. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien dengan obat racikan yang disurvei dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu tunggu pelayanan obat jadi \leq 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan obat jadi \leq 30 menit
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi 30 menit.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien dengan obat jadi yang disurvei dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis. 3. Salah orang 4. Salah jumlah
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

d. Kepuasan pelanggan pada farmasi

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan pada farmasi
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	>80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

8. INSTALASI LABORATORIUM

a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium sejak pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien rawat jalan dengan waktu \leq 120 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien rawat jalan yang diperiksa
9	SUMBE DATA	Instalasi Laboratorium
10	STANDAR	\leq 120 menit
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Kepuasan Pelanggan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pelanggan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang disurvei
9	SUMBE DATA	Survey
10	STANDAR	$\geq 80\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

9. INSTALASI RADILOGI

- a. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax ≤ 3 jam

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax ≤ 3 jam
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah tenggang waktu ≤ 3 jam mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif pasien yang difoto thorax dengan waktu tunggu ≤ 3 jam
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang di foto thorax
9	SUMBER DATA	Instalasi Radiologi
10	STANDAR	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Radiologi

b. Pelaksanaan expertisi hasil pemeriksaan rontgen

1	JUDUL INDIKATOR	Pelaksanaan expertisi hasil pemeriksaan rontgen
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelaksana expertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi atau residen radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi atau residen radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis atau residen dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Instalasi Radiologi
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Radiologi

c. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan Efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Register Radiologi
10	STANDAR	$\leq 2\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi radiologi

d. Kepuasan Pelanggan

1	JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah total pasien yang disurvei menyatakan puas
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua Komite Mutu

10. PELAYANAN GIZI

- a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, akses, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	$\geq 90\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi, Kepala Instalasi Rawat Inap

- b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

1	JUDUL INDIKATOR	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak di makan oleh pasien dengan ketentuan : - sisa lebih dari $\frac{1}{2}$ porsi \rightarrow tidak habis - sisa kurang dari $\frac{1}{2}$ porsi \rightarrow habis
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang di survey
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang di survey
9	SUMBER DATA	Ruang Rawat Inap, Instalasi Gizi
10	STANDAR	$\leq 20\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Instalasi Gizi

c. Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, akses
3	TUJUAN	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah ketepatan pemberian makanan khusus kepada pasien rawat inap yang sesuai dengan permintaan ruangan
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat inap dengan diet khusus yang sesuai permintaan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang mendapat diet khusus
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi

11. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

a. Waktu pelayanan < 1 jam

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu pelayanan < 1 jam
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan rehabilitasi medik
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan petugas dalam melayani pasien dari pertama menjalani terapi sampai selesai
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dilayani < 1 jam
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang dilayani
9	SUMBER DATA	Instalasi Rehabilitasi Medik
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

- b. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

1	JUDUL INDIKATOR	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
2	DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
3	TUJUAN	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	3 bulan
6	PERIODE ANALISA	6 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	STANDAR	< 50%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

c. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
4	DEFINISI OPERASIONAL	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.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Rekam medis
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

12. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

- a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap permintaan darah

1	JUDUL INDIKATOR	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap permintaan darah
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah terpenuhinya permintaan darah bagi setiap pasien yang membutuhkan.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Bank Darah
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Penanggung jawab Bank Darah

13. PELAYANAN AMBULAN, MOBIL JENASAH & PEMULASARAN JENASAH

a. Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu pelayanan ambulan / kereta jenazah
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan ambulan / kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien / keluarga pasien yang membutuhkan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pelayanan ambulan / kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance / kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien / keluarga pasien
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Total waktu buka pelayanan ambulan dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah hari dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Instalasi Ambulan
10	STANDAR	24 jam
11	PENANGGUNG JAWAB	Penanggung jawab ambulance / Kereta jenazah

- b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit

1	JUDUL INDIKATOR	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan dan Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya tanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / kereta jenazah
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance / kereta jenazah diajukan oleh pasien / keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance / kereta jenazah maksimal 30 menit
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah penyediaan ambulance / kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh permintaan ambulance / kereta jenazah dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Catatan penggunaan ambulance / kereta jenazah
10	STANDAR	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Penanggung jawab ambulance

c. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
2	DIMENSI MUTU	Kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Total komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Hasil Pengamatan
10	STANDAR	≤ 2 jam
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

14. PELAYANAN LINEN

- a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan linen adalah pelayanan pencucian dan perawatan bagi linen
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah linen yang masuk ke Instalasi lain dikurangi linen yang hilang
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah linen yang masuk ke Instalasi linen seluruhnya
9	SUMBER DATA	Instalasi Linen
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Linen

b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan yaitu jam 08.00 WIB s/d 13.00 WIB kecuali hari libur
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah hari kerja dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Instalasi Linen
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Linen

15. PELAYANAN REKAM MEDIK

- a. Pengurusan surat visum et repertum 6 hari

1	JUDUL INDIKATOR	Pengurusan surat visum et refertum 6 hari
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisien
3	TUJUAN	Tergambarnya mutu pelayanan Rekam Medik
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan sejak surat permintaan Visum et Refertum masuk Rumah Sakit sampai dengan selesainya dokumen tersebut dalam waktu 6 hari kerja
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah permintaan Visum et Refertum yang selesai dalam waktu \leq 6 hari
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh permintaan Visum et Refertum
9	SUMBER DATA	Pelayanan Rekam Medik
10	STANDAR	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Sub.Bid. Rekam Medik

b. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

1	JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan pengisian rekam medik
2	DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
4	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
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Survey
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rekam medik, Kepala Bidang pelayanan medik dan Keperawatan

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
9	SUMBER DATA	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
10	STANDAR	≤ 10 menit
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rekam medis

d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
4	DEFINISI OPERASIONAL	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
9	SUMBER DATA	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
10	STANDAR	≤ 15 menit
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala instalasi rekam medis

16. PELAYANAN GAKIN

- a. Pelayanan terhadap keluarga pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

1	JUDUL INDIKATOR	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Direktur Rumah Sakit

17. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT

- a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 20 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tanggap menanggapi kerusakan alat 20 menit
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketangggapan dalam menanggapi kerusakan alat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan kerusakan alat diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak, maksimal dalam waktu 20 menit
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi dalam waktu \leq 20 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat
9	SUMBER DATA	Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
10	STANDAR	\leq 80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap - tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Register pemeliharaan alat
10	STANDAR	$\geq 80\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

18. PELAYANAN ADMINISTRASI - MANAJEMEN

- a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
4	DEFINISI OPERASIONAL	Usulan kenaikan pangkat pegawai yang dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
9	SUMBER DATA	Ka. Sub.Bag.Kepegawaian
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

b. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
9	SUMBE DATA	Ka. Sub.Bag.Kepegawaian
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

c. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

1	JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan Efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam capaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
9	SUMBER DATA	Bagian Tata Usaha
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Direktur

- d. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

1	JUDUL INDIKATOR	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi Teknis
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal minimal perkaryawan 20 jam per tahun
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
9	SUMBE DATA	Ka. Sub.Bag.Kepegawaian
10	STANDAR	$\geq 60\%$
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

19. PELAYANAN KEUANGAN

- a. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas
3	TUJUAN	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan
4	DEFINISI OPERASIONAL	laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	3 bulan
6	PERIODE ANALISA	6 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
9	SUMBER DATA	Ka.Sub.Bag.Keuangan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

b. Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas
3	TUJUAN	Tergambarnya kinerja menejemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
4	DEFINISI OPERASIONAL	TPK adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai kinerja yang dicapai dalam satu bulan. Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu adalah tiap bulan per tanggal 25
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap 6 bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian TPK
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Tiap 6 bulan
9	SUMBER DATA	Ka. Sub.Bag.Keuangan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Su.Bag.Keuangan

20. PELAYANAN HYGIE NE SANITASI DAN PENGOLAHAN LIMBAH

a. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

1	JUDUL INDIKATOR	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, lingkungan sehat
3	TUJUAN	Tergambarnya mutu penanganan limbah infeksius di rumah sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat yang mengandung bahan - bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan atau dapat mencederai antara lain : sisa jarum suntik, sisa ampul, kasa bekas, sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
9	SUMBER DATA	Hasil pengamatan
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Higiene Sanitasi dan IPAL

b. Pemisahan sampah medis dan non medis

1	JUDUL INDIKATOR	Pemisahan sampah medis dan non medis
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, kedisiplinan, lingkungan sehat
3	TUJUAN	Tergambarnya kedisiplinan penanganan sampah medis dan non medis
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah pemisahan pembuangan sampah medis dan non medis di plastik sampah yang dikumpulkan oleh petugas Higgiene Sanitasi
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kantong sampah medis yang masih tercampur dengan sampah non medis
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah kantong sampah seluruhnya yang dikumpulkan oleh petugas Hygiene Sanitasi
9	SUMBER DATA	Instalasi Hygiene Sanitasi dan IPAL
10	STANDAR	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Hygiene Sanitasi dan IPAL

c. Baku mutu limbah cair

1	JUDUL INDIKATOR	Baku mutu limbah cair
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair
4	DEFINISI OPERASIONAL	<p>Baku mutu adalah standart minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang di tolerir dan diukur dengan indicator :</p> <p>BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter</p> <p>COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter</p> <p>TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter</p> <p>PH : 6-9</p>
5	FREQUENSI PENGUMPULAN DATA	3 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh Pemeriksaan limbah cair

9	SUMBER DATA	Hasil Pemeriksaan
10	STANDAR	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala IPSRS

