BERITA DAERAH
KOTA DEPOK

TAHUN 2010 NOMOR 34

PERATURAN WALIKOTA DEPOK

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA DEPOK

WALIKOTA DEPOK,

Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan, sehingga Pemerintah Kota Depok bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;

b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karenanya Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat

c. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 / Menkes / SK / II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Peraturan Meteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka perlu ditindak lanjuti dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal bagi Badan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah yang akan melaksanakan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;

d. bahwa....

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok;

Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 15 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Depok dan Kotamadya Daerah Tingkat II Cilegon (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3828);

2. Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 3851);
3. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4286);
4. Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4355)
5. Undang-undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan, Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

7. Undang.....

7. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844)
8. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
9. Peraturan Pemerintah 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);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
13. 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);

14. Peraturan.....

14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
15. 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);
16. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 Tentang Rumah Sakit;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
22. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
23. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2008 Nomor 08);

24. Peraturan....

24. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 11 Tahun 2008 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2008 Nomor 11);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN WALIKOTA DEPOK TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA DEPOK;**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Depok.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
4. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
5. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok kepada masyarakat.
6. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.

7.Mutu.....

7. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
8. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
9. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
10. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
11. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
12. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
13. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
14. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
15. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
16. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

17. Target...

17. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
18. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

(1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi pemerintah daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelengaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
(2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

Pasal 3

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
(2) Jenis pelayanan untuk Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok meliputi :
    a. pelayanan rawat jalan;
    b. pelayanan gawat darurat;
    c. pelayanan rawat inap;

d. pelayanan....

d. pelayanan kamar operasi;
e. pelayanan kamar bersalin;
f. pelayanan ruang khusus;
g. pelayanan rehabilitasi medik;
h. pelayanan rekam medik;
i. pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi;
j. pelayanan laboratorium ;
k. pelayanan radiologi;
l. pelayanan farmasi;
m. pelayanan bank darah;
n. pelayanan sterilisasi sentral;
o. pelayanan gizi;
p. pelayanan pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan (IPSRS) & kesling;
q. pelayanan pemulasaraan jenazah;
r. pelayanan keselamatan dan kesehatan kerja;
s. pelayanan ambulans;
t. pelayanan administrasi dan manajemen; dan
u. pelayanan Jamkesmas/SKTM dan asuransi lainnya.

(3) Instrumen dalam mengukur pencapaian kinerja pelayanan pada setiap jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat :
a. Indikator;
b. Standar (nilai);
c. Batas waktu pencapaian; dan
d. Standar Pelayanan Minimal.

(4) Indikator sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, merupakan variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Standar....

(5) Standar (Nilai) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, merupakan nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

(6) Batas Waktu Pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, merupakan rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.

(7) Instrumen dalam mengukur pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Walikota ini.

(2) Direktur atau Pemimpin Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok yang menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.

(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 6

(1) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok yang menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(2) Setiap.....

(2) Setiap pelaksanaan pelayanan, dan penyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya, dilaksanakan dengan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan
Pasal 7

(1) Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :
   a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
   b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
   c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal;dan
   d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawasan
Pasal 8

(1) Pengawasan dilakukan oleh pengawas internal.

(2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok.

Pasal 9....

Pasal 9

(1) Internal auditor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok yang menerapkan PPK-BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

(2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

(1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok yang menerapkan PPK-BLUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran/ Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok.

Pasal 12.....

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Depok.

Ditetapkan di Depok
pada tanggal 26 November 2010
WALIKOTA DEPOK

H. NUR MAHMUDI ISMA`IL

Diundangkan di Depok
pada tanggal 26 November 2010

SEKRETARIS DAERAH KOTA DEPOK,

Hj. ETY SURYAHATI, SE, M.Si
NIP. 196312171989032006

BERITA DAERAH KOTA DEPOK TAHUN 2010 NOMOR 34

LAMPIRAN PERATURAN WALIKOTA DEPOK
NOMOR : 34 TAHUN 2010
TANGGAL : 26 NOVEMBER 2010

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA DEPOK

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
1.	Pelayanan Rawat Jalan	Pelayanan di klinik oleh dr/drg atau dr/drg spesialis	Pelayanan oleh dr dan dr spesialis 100 %	3 tahun
		Ketersediaan pelayanan sesuai dengan rumah sakit kelas C	1) Klinik Gigi dan Bedah Mulut 2) Klinik Spesialis Penyakit Dalam 3) Klinik Spesialis Anak 4) Klinik Spesialis Kebidanan dan Kandungan 5) Klinik Spesialis Bedah Umum dan Bedah Digestive 6) Klinik Spesialis Kedokteran Jiwa 7) Klinik Spesialis Anestesi 8) Klinik Spesialis Saraf 9) Klinik Spesialis Mata 10) Klinik Spesialis THT 11) Klinik Spesialis Paru	2 tahun
		Jam buka pelayanan sesuai SOP	Senin – Sabtu : 08.00 – 14.00	2 tahun

Waktu....

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
		Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	3 tahun
		Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB	≥ 60 %	2 tahun
		Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	2 tahun
2.	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa	100 %	3 tahun
		Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam	100 %	1 tahun
		Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ACLS/ BTCLS/PPGD	100 %	3 tahun
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	1 tahun
		Waktu tanggap pelayanan dokter di unit gawat darurat	≤ 5 menit	1 tahun
		Kepuasaan pelanggan pada Unit Gawat Darurat	≥ 70 %	3 tahun
		Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat	≤ 2 ‰	3 tahun
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	1 tahun
3.	Pelayanan Rawat Inap	Pemberi pelayanan di rawat inap a. Dokter spesialis b. Perawat : - S2 2 %	 100 % 2 % 20 %	 1 tahun 5 tahun

S1.....

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
		- S1 20 % - D3 78 % c. Bidan minimal DIII 100%	78 % 100 %	1 tahun
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	2 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat inap Anak P. Dalam Obgyn Bedah Umum & Digestif Bedah Mulut Neurologi THT Mata Paru	 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	5 tahun
		Jam visite dokter spesialis	08.00-14.00 WIB setiap hari kerja	2 tahun
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1.5%	2 tahun
		Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1.5%	2 tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	3 tahun
		Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24%	3 tahun
		Kejadian pulang paksa	≤ 5%	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 90%	2 tahun
		Rawat inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopik	100%	3 tahun

b. Terlaksananya....

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
		b.Terlaksananya kegiatan pencatatan & pelaporan TB di rumah sakit	100%	3 tahun
4.	Pelayanan Kamar Operasi	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2 tahun
		Tidak adanya kematian di meja operasi	≤ 1 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	3 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	3 tahun
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	3 tahun
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	3 tahun
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*	≤ 6 %	3 tahun
5.	Pelayanan Kamar Bersalin	Kejadian kematian ibu karena: • Pendarahan • Pre eklampsia • Sepsis	 < 1 % < 30% <0.2%	5 tahun
		Jumlah tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal: Dr. SpOG Dr. umum terlatih APN Bidan	 100 % 100 % 100 %	 5 tahun 5 tahun 1 tahun

Pelayanan....

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
		Pelayanan persalinan penyulit oleh Tim PONEK terlatih yang terdiri dari: dr. SpOG dr. SpA dr. SpAn Dokter umum Bidan Perawat	Tersedia	3 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi: Dr. SpOG Dr. SpA Dr. SpAn	 100 % 100 % 100 %	3 tahun
		Presentase persalinan dengan tindakan operasi	≤ 20%	5 tahun
		BBLR 1500 gr – 2500 gr yang tertangani	100%	5 tahun
		Pemberi pelayanan kontrasepsi mantap oleh : Dr. SpOG Dr. SpB Dr. SpU Dr. umum terlatih	 100% 100% 100% 100%	5 tahun
		Pelayanan konseling kontrasepsi mantap oleh bidan terlatih	100%	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥80%	3 tahun
6.	Pelayanan Ruang Khusus	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan Ruang Khusus dengan kasus yang	≤ 3 %	5 tahun

Pemberian...

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
		sama <72 jam		
		Pemberi Pelayanan Ruang Khusus	Dokter Spesialis Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani 100 % Dokter umum dengan sertifikat ICU 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4) 100 % Dokter umum : jaga 24 jam	5 tahun
7.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Kejadian Drop Out pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %	5 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	5 tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	5 tahun
8.	Pelayanan Stroke	Rata-rata pasien yang kembali ke unit stroke dengan kasus yang sama <72 jam	≤ 3 %	5 tahun
		Pemberi pelayanan Unit Stroke	Dokter Spesialis dan dokter umum sesuai dengan kasus yang ditangani 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat	5 tahun

9. Pelayanan....

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
			Perawat mahir ICU / setara(D4)	
9.	Pelayanan Rekam Medis	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	5 tahun
		Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100 %	3 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit	3 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	3 tahun
10.	Pencegahan dan Pengendali-an Infeksi	Ada anggota tim PPI yang terlatih	≥75%	5 tahun
		Tersedianya APD di setiap unit	≥60%	3 tahun
		Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/ HAI (Health Associated Infections) di RS (minimum I parameter)	≥75%	2 tahun
11.	Pelayanan Laboratorium	Waktu tunggu pelayanan laboratorium (darah rutin & kimia darah)	≤140 menit	5 tahun
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥80%	3 tahun

12. Pelayanan..

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
12.	Pelayanan Radiologi	Pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	3 tahun
		Tersedianya Dr. Spesialis Radiologi	100%	3 tahun
		Kerusakan foto	≤ 2 %	3 tahun
		Kepuasan pasien terhadap pelayanan Radiologi	≥ 80 %	5 tahun
13.	Pelayanan Farmasi	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	3 tahun
		Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	3 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥80%	5 tahun
		Penulisan resep sesuai formularium RS	100%	3 tahun
14.	Pelayanan Bank Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi darah	100% terpenuhi	5 tahun
		Kejadian reaksi transfusi darah	≤ 0,01 %	5 tahun
15.	Pelayanan Gizi	Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	≥ 90 %	3 tahun
		Sisa makan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	3 tahun
		Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	2 tahun
16.	Pelayanan Laundry	Tidak terjadinya hilang linen 100 %	100 %	3 tahun
		Ketepatan waktu penyediaan linen dirawat inap 100%	100 %	3 tahun

17. Pelayanan..

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
17.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Peralatan (IPSRS) & Kesling	Baku mutu limbah cair	BOD <30 mg/L	3 tahun
		Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan	COD< 80 mg/L	3 tahun
		Monitoring operasional IPAL	TSS < 30 mg/L pH 6-9	3 tahun
		Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	100%	3 tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	5 tahun
18.	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap *(response time)* pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	5 tahun
19.	Pelayanan K3	Tim K3	100%	2 tahun
		Ketersediaan alat pelindung diri	60%	3 tahun
		Ketersediaan alat penanggulangan kebakaran (APAR)	60%	5 tahun
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan kecelakaan atau bencana di Rumah Sakit	75%	5 tahun
20.	Pelayanan Ambulans emergensi	Waktu pelayanan ambulans emergensi / ambulans jenazah	24 Jam	1 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulans emergensi / ambulans jenazah di Rumah Sakit	100%	3 tahun

Respon.....

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	NILAI	
		Respon Time pelayanan ambulans emergensi oleh masyarakat yang membutuhkan	100 %	3 tahun
21.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	3 tahun
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	3 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	3 tahun
		Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	5 tahun
		Karyawan yang mendapat pelatihan min 20 jam setahun	> 60 %	5 tahun
		Cost recovery	> 40 %	3 tahun
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	5 tahun
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	< 2 jam	3 tahun
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	3 tahun
22.	Pelayanan Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lainnya	Pelayanan terhadap pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lainnya yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	3 tahun

URAIAN.....

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pelayanan Rawat Jalan

1. Pemberian pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberian 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	6 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani dokter spesialis dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada

Sumber Data....

Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Jalan

3. Buka pelayanan sesuai dengan ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00-14.00 WIB.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialis yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialis dalam 1 bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di rawat jalan

Judul	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di rumah sakit yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survei

Denominator...

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei sumber
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Jalan/ Komite mutu/ Tim Mutu

5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (min n=50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Jalan/ Komite mutu/ Tim Mutu

6a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan

Frekuensi....

Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Jalan

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

1. Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
2. Dimensi Mutu	Efektifitas
3. Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
4. Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
5. Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
6. Periode Analisa	3 Bulan
7. Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
8. Denominator	Seluruh kasus TB di rumah sakit
9. Sumber Data	Rekam Medik
10. Standar	60 %
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Jalan

B. Pelayanan Gawat Darurat

1. Kemampuan menangani *life saving* anak & dewasa di UGD

Judul	Kemampuan menangani *life saving* anak & dewasa di UGD

Dimensi.....

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RS dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	*Life saving* adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *Airway, Breathing, Circulation*
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan *life saving* di UGD
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke UGD yang membutuhkan pelayanan *life saving*
Sumber Data	Rekam medik di UGD
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat .
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Definisi Operasional	Gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam 1bulan
Denominator	Jumlah hari dalam 1 bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 jam

Penanggung.....

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat

3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersifat ATLS/BTCLS/ACLS/ PPGD

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BCTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BCTLS/ ACLS/ PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Pendidikan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

1. Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
2. Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
3. Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
4. Definisi Operasional	Tim yang dibentuk di RS dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan bencana yang terjadi.

5. Frekuensi....

5. Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
6. Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
7. Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di RS
8. Denominator	Tidak ada
9. Sumber Data	UGD
10. Standar	Satu tim
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit 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, responsive 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	6 bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang.
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat / Tim Mutu

6. Kepuasan....

6. Kepuasan pelanggan pada gawat darurat

Judul	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat / Tim Mutu / Komite Mutu

7. Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat

Judul	Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
Definisi Operasional	Kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang

Denominator...

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 2/1000
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit 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 di akses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat

Pelayanan Rawat Inap

Pemberi pelayanan di rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan di rawat inap

Dimensi....

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat / bidan yang kompeten (minimal pendidikan DIII)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	a. Jumlah tenaga dokter spesialis yang memberi pelayanan di ruang rawat inap b. Perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan c. Bidan yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang bertugas di rawat inap Perawat yang bertugas di rawat inap yang bertugas di rawat inap Bidan yang bertugas di rawat inap yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Definisi....

Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter spesialis yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan rawat inap: 1. Anak 2. Penyakit Dalam 3. Kebidanan dan Kandungan 4. Bedah Umum 5. Bedah Digestif 6. Gigi dan Bedah Mulut

7. Neurologi....

	7. Neurologi 8. THT 9. Mata 10. Paru
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register pasien rawat inap
Standar	Minimal pelayanan kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, bedah, THT, Mata dan Paru
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit 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 antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00-14.00
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register pasien rawat inap
Standar	Minimal pelayanan kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, bedah, gigi dan bedah mulut, THT, Mata dan Paru

Penanggung...

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Inap / Komite Medik / Tim Pengendali 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 (kalor), kemerahan (color), bengkak (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	6 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	Rekam medis
Standar	≤ 1.5%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik / Komite Mutu / Tim Pengendali Mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan....

Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami yang oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1.5%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Inap / Komite Medik / Panitia Mutu

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

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang berakibat Kecacatan / Kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian

Denominator....

Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit 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	6 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 0.24%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / Tim Pengendali Mutu

9. Kejadian...

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 5%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / Tim Pengendali Mutu

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator...

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / Tim Pengendali Mutu

11.a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopisTB

1. Judul	Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
2. Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
3. Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
4. Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
5. Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
6. Periode Analisa	3 bulan
7. Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
8. Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
9. Sumber Data	Rekam medik
10. Standar	60%
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Inap

11.b.....

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

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rawat Inap

D. Kamar Operasi (OK)

Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan, pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya ketepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai pasien dirawat setelah dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai di laksanakan

Frekuensi....

Frekuensi Pengumpulan Data	6 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	Rekam Medis
Standar	≥ 2 hari
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar Operasi

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %

Penanggung.....

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar Operasi / Komite Medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian unit kamar operasi 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 sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap 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 bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar Operasi / Komite Medis

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan....

Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian unit kamar operasi terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang daam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar Operasi / Komite Medis

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan.

Denominator....

Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar Operasi / Komite Medis

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

1. Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
2. Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
3. Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
4. Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
5. Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan dan sentinel event
6. Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
7. Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam waktu satu bulan
8. Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
9. Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
10. Standar	100 %
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar Operasi / Komite Medis

Komplikasi....

Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah pemasangan pipa indotrakea

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah pemasangan pipa indotrakea
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya 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 : over dosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan pipa endotrakea
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar Operasi / Komite Medis

E. Kamar Bersalin (Persalinan & 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, pre eklampsia, 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....

	Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsi 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.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre eklampsia / eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan , pre eklampsia / eklampsia, dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan ≤ 1 %, pre eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian

Standar....

Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter SpA, dokter SpAn, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan dengan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, pendarahan ante partum, eklampsia dan pre eklampsia berat, tali pusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter SpA, Dokter SpAn, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite 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.....

Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik / Komite Mutu

6. Pertolongan Persalinan melalui Sectio Caesaria

Judul	Pertolongan Persalinan melalui Sectio Caesaria
Dimensi mutu	Efektivitas, keselamatan dan efisiensi

Tujuan.....

Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Sectio Caersaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan section Caesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

7a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medis dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Bidang Pelayanan Medik

7b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan

Definisi.....

Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta Konseling KB mantap
Sumber data	Laporan unit pelayanan KB
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Bidang Pelayanan Medik

8. Kepuasan pelanggan

1. Judul	Kepuasan pelanggan
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. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisis	3 bulan
7. Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (%)
8. Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9. Sumber data	Survei
10. Standar	≥ 80 %
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / Tim mutu

Pelayanan.....

Pelayanan Ruang Khusus

Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan ruang khusus dengan kasus yang sama < 72

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan ruang khusus dengan kasus yang sama < 72
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan ruang khusus
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan ruang khusus dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan ruang khusus dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang khusus dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik / Mutu

Pemberi pelayanan ruang khusus

Judul	Pemberi pelayanan ruang khusus
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Ruang Khusus tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Ruang Khusus adalah dokter Sp. An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara.

Frekuensi....

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yangg ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan ruang khusus
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik / Mutu

Pelayanan Rehabilitasi Medik

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	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam 3 bulan

Sumber.....

Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rehabilitasi Medik

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 medic
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	6 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	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rehabilitasi Medik

Kepuasan.....

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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≤ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rehabilitasi Medik

Pelayanan Stroke

Pemberi pelayanan di unit Stroke

1. Judul	Pemberi pelayanan di unit stroke
2. Dimensi mutu	Kompetensi Tehnis
3. Tujuan	Tersedianya pelayanan unit stroke oleh tenaga spesialis yang kompeten
4. Definisi operasional	Unit Stroke adalah unit pelayanan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis syaraf.
5. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan

6. Periode.....

6. Periode analisa	3 bulan
7. Numerator	Tersedianya tim dokter Sp. S, dokter umum, dan perawat terlatih
8. Denominator	Tidak ada
9. Sumber data	Kepegawaian dan Rekam Medis
10. Standar	Tersedia
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

Dokter penanggung jawab pasien penderita stroke

Judul	Dokter penanggung jawab pasien penderita stroke
Dimensi mutu	Kompetensi Tehnis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan unit stroke yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Penanggung jawab unit stroke adalah dokter spesialis syaraf yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan unit stroke sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penangung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien di unit stroke dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %

Penanggung...

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala unit stroke

Ketersediaan pelayanan unit stroke

Judul	Ketersediaan pelayanan unit stroke
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan unit stroke yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan unit stroke adalah pelayananrumah sakit yang diberikan kepada pasien penderita stroke di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan unit stroke yang ada
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register unit stroke
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala unit stroke

Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan unit stroke pada hari kerja di setiap Rumah Sakit

Definisi.....

Definisi operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan unit stroke oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan unit stroke yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan unit stroke dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Stroke

Waktu tunggu di unit stroke

Judul	Waktu tunggu di unit stroke
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan unit stroke pada hari kerja di Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien unit stroke yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien unit stroke yang disurvei

Sumber ....

Sumber data	Survei pasien unit stroke
Standar	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Stroke/ Komite Mutu/ Tim Mutu

I. Pelayanan Rekam Medis

Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Unit Rekam Medik / Kepala Bidang Pelayanan Medik

Kelengkapan....

Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

1. Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan yang jelas
2. Dimensi mutu	Keselamatan
3. Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
4. Definisi operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
5. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisis	3 bulan
7. Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan pesetujuan.
8. Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
9. Sumber data	Survei
10. Standar	100 %
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Unit Rekam Medik / Kepala Bidang Pelayanan Medik

Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rawat jalan

Definisi....

Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil Survei pengamatan diruang daftar rawat jalan untuk pasien baru atau diruang rekam medis untuk pasien yang lama
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Unit Rekam Medik / Kepala Bidang Pelayanan Medik

Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan

Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang daftar rawat inap untuk pasien baru atau diruang rekam medis untuk pasien yang lama
Standar	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Unit Rekam Medik / Kepala Bidang Pelayanan Medik

J. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedia anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas - tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode analisis	Setiap tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %

Penanggung.....

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Judul	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien , petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti : masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di RS
Sumber Data	Survei
Standar	60%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung

Tujuan....

Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial , pengumpulan data (ceklist) pada instalasi yang tersedia di RS minimal 1 parameter antara lain : - ILO (Infeksi Luka Operasi) - ILI (Infeksi Luka Infeksi) - VAP (Ventilator Associated Pneumonie) - ISK (Infeksi Saluran Kemih)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencataan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Tim PPI

I. Pelayanan Laboratorium

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

1. Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
2. Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3. Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium

4. Definisi.....

4. 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 sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
5. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisa	6 bulan
7. Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil laboratorium pasien yang disurvei dalam enam bulan
8. Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium yang disurvei dalam enam bulan tersebut
9. Sumber data	Survei
10. Standar	≤ 140 menit (manual)
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis

Definisi.....

Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam enam bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam enam bulan
Sumber data	Register di unit laboratorium
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergabungnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam enam bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam enam bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium dalam enam bulan tersebut

Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

1. Judul	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. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisa	6 bulan
7. Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
8. Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
9. Sumber data	Survei
10. Standar	≥80%
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Laboratorium

K. Pelayanan Radiologi

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax photo

1. Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax photo

2. Dimensi.....

2. Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3. Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi
4. Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax photo adalah tenggang waktu mulai pasien di photo sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi
5. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisa	3 bulan
7. Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax photo dalam satu bulan
8. Denominator	Jumlah pasien yang di photo thorax dalam bulan tersebut
9. Sumber data	Rekam medik
10. Standar	≤ 3 jam
11. Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksanaan 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 melakukan pembacaan photo rontgen / hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

Frekuensi....

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah photo rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan photo rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di unit radiologi
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit 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 photo yang tidak dapat dibaca.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah photo rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan photo dalam satu bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	≤ 2%

Penanggung.....

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit 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	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≤ 80%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu

Pelayanan Farmasi

Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi

Frekuensi....

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Farmasi

Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Farmasi

3. Tidak.....

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

1. Judul	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: Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang Salah jumlah
5. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisa	3 bulan
7. Numerator	Jumlah seluruh pasien Unit Farmasi yang di survei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
8. Denominator	Jumlah seluruh pasien Unit Farmasi yang disurvei
9. Sumber data	Survei
10. Standar	100%
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Farmasi

4. 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	6 bulan

Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah seluruh pasien Unit Farmasi yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Farmasi

5. Penulisan resep sesuai formularium

1. Judul	Penulisan resep sesuai formularium
2. Dimensi mutu	Efisiensi
3. Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
4. Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
5. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisa	3 bulan
7. Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
8. Denominator	Jumlah seluruh resep Unit Farmasi yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan (minimal 50)
9. Sumber data	Survei
10. Standar	100%
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Farmasi

Pelayanan.....

Pelayanan Bank Darah

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan bank darah

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan bank darah
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Frekuensi pengumpulan data	6 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	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Pelayanan Bank Darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada pelayanan bank darah rumah sakit
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....

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi darah dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 0,01 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Pelayanan Bank Darah

Pelayanan Gizi

Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektif, 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	6 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	Survei
Standar	90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gizi / Kepala Unit Rawat Inap

Sisa.....

Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisien 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	6 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	Survei
Standar	≤ 20%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gizi / Kepala Unit Rawat Inap

Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan 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....

Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gizi / Kepala Unit Rawat Inap

P. 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	6 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang di hitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas

Tujuan...

Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang di tetapkan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Laundry

Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Peralatan (IPSRS) & Kesling IPSRS

Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, 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	6 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	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit IPSRS

2. Ketepatan waktu dalam pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu dalam pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukan periode pemeliharaan/ service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	6 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	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit IPSRS

3. Pelayanan.....

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

Judul	Pelayanan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan atau badan kalibrasi yang berwenang
Frekuensi pengumpulan data	6 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Laboratorium dan PJ IPSRS

Kesling

1. Baku mutu limbah cair

▪ Judul	Baku mutu limbah cair
▪ Dimensi mutu	Keselamatan
▪ Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit

Definisi.....

▪ Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditoleril dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/ Liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/Liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/ Liter PH : 6-9
▪ Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
▪ Periode analisa	3 bulan
▪ Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan hasil limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
▪ Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
▪ Sumber data	Hasil pemeriksaan
▪ Standar	100%
▪ Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit IPSRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit

Definisi....

Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan / dapat mencederai, antara lain : Bekas jarum suntik/ IV kateter; Sisa ampul/ flakon/ vial; Kasa / kapas/ sarung tangan/ masker/ celemek bekas Sisa jaringan Bekas botol infuse/ kateter urine/ selang NGT/ Urine bag Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai aturan dan pedoman yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	6 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	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit IPSRS

Q. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas

Frekuensi....

Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

R. Pelayanan K3

Tim K3

Judul	Tim K3
Dimensi mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim K3 yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim K3
Definisi operasional	Adalah anggota Tim K3 yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut K3
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah anggota Tim K3 yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim K3
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite K3

Ketersediaan....

Ketersediaan alat pelindung diri

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap unit Rumah Sakit
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari kecelakaan kerja di Rumah Sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah unit yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah unit di Rumah Sakit
Sumber data	Survei
Standar	60 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Tim K3

Ketersediaan alat penanggulangan kebakaran (APAR)

Judul	Tersedianya alat penanggulangan kebakaran (APAR)
Dimensi mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya alat penanggulangan kebakaran (APAR) di setiap unit Rumah Sakit
Definisi operasional	APAR adalah alat pemadam api ringan yang terdapat dalam suatu ruangan yang digunakan untuk memadamkan api apabila terjadi kebakaran.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari

Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah unit yang menyediakan APAR
Denominator	Jumlah unit di Rumah Sakit
Sumber data	Survei
Standar	60 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Tim K3

Kegiatan pencatatan dan pelaporan kecelakaan atau bencana di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan kecelakaan atau bencana di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan kecelakaan atau bencana di Rumah Sakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko kecelakaan, pengumpulan data (cek list) pada unit yang tersedia di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah unit yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah unit yang tersedia
Sumber data	Survei
Standar	75 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Tim K3

J.Pelayanan.....

J. Pelayanan Ambulans emergensi

Waktu pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulans emergensi / ambulans jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/ keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans emergensi/ ambulans jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/ keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Unit Gawat Darurat
Standar	24 Jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Ambulans emergensi / Ambulans Jenazah

Kecepatan memberikan pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans emergensi/ ambulans jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans emergensi/ ambulans jenazah diajukan oleh pasien atau keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans emergensi/ ambulans jenazah . Maksimal 30 menit.

Frekuensi.....

Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans emergensi/ ambulans jenazah yang tepat dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans emergensi / ambulans jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulans emergensi / ambulans jenazah
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Ambulans emergensi / Ambulans Jenazah

Respon Time pelayanan ambulans emergensi oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Respon Time pelayanan ambulans emergensi oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi Mutu	Akses, Kenyamanan, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans emergensi/ ambulans jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans emergensi diajukan oleh masyarakat sampai tersedianya ambulans emergensi. Batas maksimal waktu yang diperlukan disesuaikan dengan daerah JABODETABEK
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans emergensi yang tepat dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans emergensi dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulans emergensi
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Ambulans emergensi

S. Administrasi....

S. Administrasi dan Manajemen

Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

1. Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
2. Dimensi mutu	Efektivitas
3. Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
4. Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat unit adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilaksanakan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan yang ada pada masing-masing bidang
5. Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
6. Periode analisa	Tiga bulan sekali
7. Numerator	Hasil keputusan pertemuan unit yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
8. Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
9. Sumber data	Notulen Rapat
10. Standar	100%
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

Kelengkapan Laporan atas akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan atas akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja

Definisi....

Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan /kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada standar pelayanan minimal (SPM), indikator kinerja pada rencana strategis bisnis rumah sakit dan indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan pada pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja dilakukan setiap 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap tahun
Periode analisa	Satu 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 Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha

Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

1. Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
2. Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
3. Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit tingkat kesejahteraan pegawai
4. Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober.

5. Frekuensi....

5. Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
6. Periode analisa	Satu tahun
7. Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
8. Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
9. Sumber data	Sub bagian kepegawaian
10. Standar	100%
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha

Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan pegawai yang berlaku (UU No.8/1974, UU No, 43/1999).
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bagian Umum Perencanaan Evaluasi dan Pelaporan

Standar.....

Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha

Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun yang d luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perkaryawan 20 jam pertahun
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai rumah sakit
Sumber data	Sub Bagian Umum Perencanaan Evaluasi dan Pelaporan
Standar	≥60 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha

Cost Recovery

1. Judul	Cost Recovery
2. Dimensi mutu	Efiesiensi, Efektivitas

3. Tujuan....

3. Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
4. Definisi operasional	Cost Recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu di bagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
5. Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
6. Periode analisa	Tiga bulan
7. Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
8. Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalan satu bulan
9. Sumber data	Sub bagian keuangan
10. Standar	≥40 %
11. Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

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 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan

Denominator....

Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

Kecepatan waktu pemberian waktu informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian waktu informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan psien 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	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kualitatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalanm satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Sub Bagian Keuangan

Ketepatan.....

Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai dengan kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai dengan 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 enam bulan
Periode analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Sub Bagian Keuangan

T. Pelayanan Jamkesmas/SKTM dan Asuransi lainnya

Pelayanan terhadap pasien Jamkesmas/SKTM dan Asuransi lain yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lain yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Askes
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lainnya adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas

Frekuensi.....

Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lain yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register Pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

WALIKOTA DEPOK,

H. NUR MAHMUDI ISMA'IL

Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lain yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register Pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

WALIKOTA DEPOK,

H. NUR MAHMUDI ISMA'IL

Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lain yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register Pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

WALIKOTA DEPOK

H. NUR MAHMUDI ISMA`IL

Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi lain yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Jamkesmas/ SKTM dan Asuransi yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register Pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

WALIKOTA DEPOK

H. NUR MAHMUDI ISMA`IL