



BUPATI TEGAL

PERATURAN BUPATI TEGAL
NOMOR: 58 TAHUN 2013

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SURADADI KABUPATEN TEGAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TEGAL

- Menimbang :
- a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya ;
 - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat ;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud huruf a dan b diatas maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Suradadi Kabupaten Tegal
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4421);
6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 38, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4439);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah pusat Republik Indonesia dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negaran Republik Indonesia Nomor 4438);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5063);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5072);
10. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4027);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4090);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4578);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 Tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4594);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik RI Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4614);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 86, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 474);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 228 / MENKES /SK/ III / 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457 / MENKES / SK / X / 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten / Kota;
22. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
23. Perda Nomor 8 Tahun 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SURADADI KABUPATEN TEGAL

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Tegal
2. Bupati adalah Bupati Tegal
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Suradadi Kabupaten Tegal yang selanjutnya disebut RSUD Suradadi Satuan Perangkat Daerah Kabupaten Tegal yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Bupati Tegal.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Suradadi Kabupaten Tegal.
6. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Suradadi Kabupaten Tegal kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
7. 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 tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
9. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
10. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standard WHO.
11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standard yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai
14. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.

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

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

1. SPM dimaksudkan sebagai pedoman pelaksanaan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Suradadi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit sehingga mutu pelayanan dapat dijaga dengan konsisten.
2. SPM bertujuan sebagai tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan yang diselenggarakan oleh RSUD Suradadi Kabupaten Tegal:

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

Pasal 3

1. RSUD Suradadi menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan upaya rujukan sesuai dengan Standar pelayanan Minimal.
2. Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD Suradadi yang meliputi jenis pelayanan, indikator kinerja dan target pencapaian dari beberapa jenis pelayanan antara lain :
 - a. Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang dan Pelayanan Keperawatan :
 1. Pelayanan Gawat Darurat;
 2. Pelayanan Rawat Jalan;
 3. Pelayanan Rawat Inap;
 4. Pelayanan Bedah Sentral;
 5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
 6. Pelayanan Intensif;
 7. Pelayanan Radiologi;

8. Pelayanan laboratorium;
9. Pelayanan rehabilitasi Medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan Gizi;
12. Pelayanan GAKIN;
13. Pelayanan Ambulace / kereta jenazah;
14. Pelayanan pengelolaan limbah;
15. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
16. Pelayanan Pemeliharaan sarana Rumah Sakit.

b. Administrasi Manajemen :

1. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
2. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
3. Pelayanan Laundry;
4. Pelayanan Rekam Medis

Pasal 4

Standar pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) diberlakukan dan dilaksanakan melalui penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 5

Indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana dimaksud, tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

**BAB IV
PENGORGANISASIAN**

Pasal 6

1. Direktur bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan RSUD Suradadi sesuai Standar Pelayanan Minimal
2. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua lini melalui penerapan Standar pelayanan RSUD Suradadi dibawah koordinasi Kepala Seksi Pelayanan RSUD Suradadi

**BAB V
PELAKSANAAN**

Pasal 7

1. Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM yang sudah ditetapkan
2. Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan.
3. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal RSUD Suradadi dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB VI PENERAPAN

Pasal 8

1. Direktur wajib menyusun Rencana Kerja Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD Suradadi yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
2. Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Suradadi menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD Suradadi berdasarkan SPM.
3. Setiap unit kerja dalam menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya selalu berpedoman SPM.

BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

PEMBINAAN

Pasal 9

1. Pembinaan RSUD Suradadi dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
2. Pemerintah dan Pemerintah daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Suradadi sesuai Standar Pelayanan Minimal.
3. Fasilitasi yang dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk pemberian dan pemenuhan standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi :
 - a. Penghitungan kebutuhan pelayanan kesehatan meliputi sumber daya dan dana sesuai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. Penilaian pengukuran kinerja dan
 - d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Pelayanan Minimal.

PENGAWASAN

Pasal 10

1. Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
2. Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur.
3. Pengawas Internal bersama-sama jajaran manajemen RSUD Suradadi menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
4. Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.
5. Direktur menyampaikan laporan dan evaluasi pencapaian kinerja pelayanan RSUD Suradadi Standar Pelayanan Minimal kepada Bupati.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

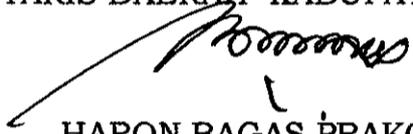
Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tegal.

Ditetapkan di Slawi
pada tanggal 16 Desember 2013

Pj. BUPATI TEGAL, *A*


Satriyo Hidayat

Diundangkan di Slawi
pada tanggal 16 Desember 2013
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TEGAL,



HARON BAGAS PRAKOSA

BERITA DAERAH KABUPATEN TEGAL TAHUN 2013 NOMOR 58

3.

Judul	Kegiatan surveilans Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, keamanan
Tujuan	Tergambarnya kegiatan evaluasi dan monitoring infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Surveillance infeksi nosokomial adalah kegiatan survei dalam rangka pengendalian infeksi nosokomial setiap bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Laporan kegiatan survei infeksi nosokomial tiap bulan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah bulan dalam 1 tahun
Sumber data	Instalasi Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua PPI/Pandalin

Pj. BUPATI TEGAL, 


S Satriyo Hidayat

LAMPIRAN: PERATURAN BUPATI

TEGAL :

NOMOR :

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

RSUD Suradadi sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Suradadi mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di RSUD Suradadi. Pada hakekatnya RSUD Suradadi berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan: Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Ayat 7. Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan

besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Ayat 8. pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan social, ekonomi dan pemerintahan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

B. Maksud dan Tujuan

Petunjuk teknis standar pelayanan minimal ini dimaksudkan guna memberikan panduan kepada daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal pelayanan rumahsakit.

Petunjuk teknis standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja , ukuran atau satuan, rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2010, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja , dan sumber data.

C. Pengertian

Umum:

1. RSUD Suradadi adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif
3. Standar pelayanan minimal:
Yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.
4. Indikator kinerja

Yang dimaksud dengan indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

Khusus:

1. Dimensi kinerja adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan standar pelayanan minimal yang meliputi: akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia.
2. Tujuan indikator adalah latar belakang/alasan mengapa indikator kinerja tersebut perlu diukur
3. Definisi operasional: dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator
4. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator
5. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan
6. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja
7. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja
8. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai
9. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan

D. Prinsip penyusunan dan penetapan SPM

Di dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. **Konsensus**, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;

- 2. Sederhana**, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan difahami;
- 3. Nyata**, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
- 4. Terukur**, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif;
- 5. Terbuka**, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
- 6. Terjangkau**, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
- 7. Akuntabel**, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik;
- 8. Bertahap**, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM

E. Landasan hukum:

1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional tahun 2000-2005;
4. Undang-undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Pelayanan Publik;
5. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah;
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
13. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
14. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
15. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/MenKes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RS

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

1. Bab I Pendahuluan yang terdiri dari;
 - a. Latar Belakang
 - b. Maksud dan tujuan
 - c. Pengertian umum dan khusus
 - d. Landasan Hukum
2. Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3. Bab III Standar Pelayanan Minimal RSUD Suradadi terdiri dari;
 - a. Jenis Pelayanan
 - b. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar
4. Bab IV Peran Pemerintah Kabupaten Tegal
5. Bab V Penutup
6. Lampiran

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SURADADI KABUPATEN TEGAL

Standar Pelayanan Minimal RSUD Suradadi dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan.

a. Jenis-jenis Pelayanan Rumah Sakit

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh RSUD Suradadi Kabupaten Tegal meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah Sentral
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatal
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Keluarga Miskin
13. Pelayanan Rekam Medis
14. Pengelolaan Limbah
15. Pelayanan Administrasi Manajemen
16. Pelayanan Ambulans/kereta jenazah
17. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
18. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
19. Pelayanan Laundry
20. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

		9. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	1 Tahun	Kepala IGD / Tim Mutu
2.	Rawat Jalan	<p>1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis</p> <p>2. Ketersediaan Pelayanan</p>	<p>100 % Dokter Spesialis</p> <p>a. Poliklinik Anak b. Poliklinik Penyakit Dalam c. Poliklinik Obsgyn d. Poliklinik Bedah e. Poliklinik Syaraf f. Poliklinik Mata g. Poliklinik Kulit dan Kelamin h. Poliklinik THT i. Poliklinik Gigi j. Poliklinik Rehab Medik k. Poliklinik Psikologi</p>	<p>5 tahun</p> <p>2 tahun</p>	<p>Kabid Pelayanan Ka IRJA</p> <p>Kabid Pelayanan Kepala IRJA</p>
		<p>3. Jam buka pelayanan : (Loket Pendaftaran : Senin s/d Kamis 07.30 – 11.30, Jumat 07.30 – 10.00, Sabtu 07.30 – 11.00)</p>	100 %	2 tahun	Kepala IRJA

		<p>(Pemeriksaan Dokter dipoliklinik : 09.00 – selesai)</p> <p>4. Waktu tunggu di rawat jalan</p> <p>5. Kepuasan Pelanggan</p> <p>6. a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopik TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS</p>	<p>≤ 60 menit</p> <p>≥ 90 %</p> <p>≥ 60 %</p> <p>≥ 60 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>3 tahun</p> <p>3 tahun</p>	<p>Kepala IRJA</p> <p>Kepala IRJA / Komite Mutu</p> <p>Kepala IRJA</p>
3.	Rawat Inap	<p>1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis dan tenaga perawat minimal berijazah D3)</p> <p>2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p> <p>3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>a. Penyakit Anak b. Penyakit Dalam c. Poliklinik Obsgyn d. Bedah e. Syaraf f. Mata</p>	<p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p>	<p>Kepala IRI Ketua Kommed</p> <p>Kepala IRI Ketua Kommed</p> <p>Kepala IRI</p>

4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2 tahun	Kepala IBS
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	2 tahun	Kepala IBS
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	2 tahun	Kepala IBS
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	1 tahun	Kepala IBS
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	1 tahun	Kepala IBS
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	1 tahun	Kepala IBS
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	2 tahun	Koordinator Anestesi
5.	Persalinan Perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan : a. Perdarahan b. Pre-Eklamsi c. Sepsis	a. ≤ 1 % b. ≤ 5 % c. ≤ 0,2 %	3 Tahun	Ketua Kommed Kepala Bangsal VK, Kepala Bangsal Nifas

		<p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>a. Dokter Spesialis Obsgyn. b. Dokter Umum terlatih APN c. Bidan terlatih APN</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Dokter spesialis Obsgyn)</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Perawat. Anestesi</p> <p>5. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr</p> <p>6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria</p> <p>7. Kepuasan Pasien</p>	100 %	3 tahun	Ketua Komed
5.	Intensif	<p>1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam</p> <p>2. Pemberi pelayanan Unit Intensif</p>	≤ 3 %	2 tahun	Kepala ICU

		<p>a. Dokter spesialis b. Perawat D3 dengan sertifikat Perawat ICU/Setara</p>	<p>a. 100 % b. 60 %</p>		
7.	Radiologi	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi(dokter Sp.Rad) 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>≤ 3 jam 100 % ≤ 2 % ≥ 80 %</p>	<p>1 tahun 1 tahun 1 tahun 3 tahun</p>	<p>Ka Instalasi Rad. Ka Instalasi Rad. Ka Instalasi Rad. Ka Instalasi Radiologi / Komite Mutu</p>
8.	Lab. Patologi Klinik	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah & darah rutin) 2. Pelaksana ekspertisi (analisis laboratorium) 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>≤ 2,5 Jam 100 % 100 % ≥ 80 %</p>	<p>1 tahun 1 tahun 1 tahun 3 tahun</p>	<p>Ka. Instalasi Lab. Ka. Instalasi Lab. Ka. Instalasi Lab. / Komite Mutu</p>

9.	Rehabilitasi Medik	<p>1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan</p> <p>2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</p> <p>3. Kepuasan Pelanggan</p>	<p>≤ 50 %</p> <p>100 %</p> <p>≥ 80 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>3 tahun</p>	<p>Ka Instalasi Rehab Med.</p> <p>Ka. Instalasi Rehab Med.</p> <p>Ka. Instalasi Rehab Med. / Komite Mutu</p>
10	Farmasi	<p>1. Waktu tunggu pelayanan Obat</p> <p>a. Obat Jadi</p> <p>b. Obat Racikan</p> <p>2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat</p> <p>3. Kepuasan pelanggan</p> <p>4. Penulisan resep sesuai formularium</p>	<p>a. ≤ 30 menit</p> <p>b. ≤ 60 menit</p> <p>100 %</p> <p>≥ 80 %</p> <p>100 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>3 tahun</p> <p>1 tahun</p>	<p>Ka. Instalasi Farmasi</p> <p>Ka. Instalasi Farmasi</p> <p>Ka Instalasi Farmasi / Komite Mutu</p> <p>Ka Instalasi Farmasi / Komite Mutu</p>
11	Gizi	<p>1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</p> <p>2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</p>	<p>≥ 85 %</p> <p>≤ 25%</p>	<p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p>	<p>Ka. Instalasi Gizi</p> <p>Ka. Instalasi Gizi</p>

		<p>3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>100 %</p> <p>≥ 80 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>3 tahun</p>	<p>Ka. Instalasi Gizi</p> <p>Ka. Instalasi Gizi / Komite Mutu</p>
12	GAKIN	<p>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</p>	<p>100 % terlayani</p>	<p>1 tahun</p>	<p>Kabid Pelayanan Medis dan penunjang Medis</p>
13	Rekam Medik	<p>1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</p> <p>2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas</p> <p>3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</p> <p>4. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</p> <p>5. Kepuasan pelanggan</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>≤ 10 menit</p> <p>≤ 15 menit</p> <p>≥ 80 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>3 tahun</p>	<p>Komite Medik & Komite Keperawatan</p> <p>Komite Medik & Komite Keperawatan</p> <p>Ka. Instalasi RM.</p> <p>Ka. Instalasi RM.</p> <p>Ka. Instalasi RM. / Komite Mutu</p>
14	Pengelolaan limbah	<p>1. Baku mutu limbah cair a. BOD < 30 mg/l</p>	<p>100 %</p>	<p>2 tahun</p>	<p>Kepala Inst Sanitasi</p>

		<p>b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6 – 9</p> <p>2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan</p>	100 %	2 tahun	Kepala Inst Sanitasi
15	Administrasi Manajemen	<p>1. Urusan direksi dan Staff Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</p> <p>2. Kepegawaian a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat b. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala c. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</p> <p>3. Pengelolaan Barang Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang yang sudah tersedia (maksimal 15 menit)</p> <p>4. Keuangan a. Cost recovery b. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan tanggal 10 setiap</p>	<p>100 %</p> <p>a. 100 % b. 100 % c. ≥ 60 %</p> <p>≥ 80 %</p> <p>a. ≥ 40 % b. 100 %</p>	<p>6 bulan</p> <p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>3 tahun</p> <p>1 tahun</p>	<p>Direktur</p> <p>Sub Bag Tata Usaha</p> <p>Sub Bag Tata Usaha</p> <p>Ka. Instalasi Diklat</p> <p>Sub Bag Tata Usaha</p>

		<p>buulan berikutnya</p> <p>c. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap</p> <p>d. Ketepatan waktu pemberian insentif (sesuai kesepakatan maksimal tgl 21 setiap bulan)</p>	<p>c. ≤ 2 Jam</p> <p>d. 100 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>2 tahun</p>	<p>Ka. Sub Bag Tata Usaha</p> <p>Ka. Sub Bag Tata Usaha</p>
16	Ambulance / Kereta Jenazah	<p>1. Waktu Pelayanan</p> <p>2. Kecepatan waktu memberikan pelayanan</p>	<p>24 Jam</p> <p>≤ 30 Menit</p>	<p>1 tahun</p> <p>6 bulan</p>	<p>Koordinator Sopir</p> <p>Koordinator Sopir</p>
17	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	<p>1. Waktu Pelayanan</p> <p>2. Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah</p> <p>3. Kemampuan petugas dalam melaksanakan pemulasaraan jenazah</p>	<p>24 Jam</p> <p>≤ 2 jam</p> <p>100 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>6 bulan</p>	<p>Kepala IPJ</p> <p>Kepala IPJ</p> <p>Kepala IPJ</p>
18	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	<p>1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat (maksimal 15 menit)</p> <p>2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat</p>	<p>≥ 80 %</p> <p>100 %</p>	<p>2 tahun</p> <p>2 tahun</p>	<p>Ka. IPS-RS</p> <p>Ka. IPS-RS</p>

		3. Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	2 tahun	
19	Pelayanan Laundry	1. Tidak ada kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen bersih (maksimal 30 menit)	100 % 100 %	3 tahun 3 tahun	Ka. Instalasi Sanitasi dan Pertamanan Ka. Instalasi Sanitasi dan Pertamanan
20	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada Panitia PPI yang terlatih 2. Tersedia APD disetiap Instalasi/ruang 3. Kegiatan Surveilans Infeksi berjalan secara terstruktur	100 % 100 % 100 %	4 tahun 5 tahun 3 tahun	Komite Medis Panitia PPI Panitia PPI

BAB IV

PERAN PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL

Peran Pemerintah Kabupaten Tegal dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Umum Daerah Suradadi Kabupaten Tegal adalah sebagai berikut:

1. Pengorganisasian:

- a. Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD Suradadi sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Suradadi Kabupaten Tegal
- b. Penyelenggaraan pelayanan RSUD Suradadi sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal

2. Pelaksanaan dan Pembinaan

- a. RSUD Suradadi wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang disusun dan disahkan oleh Bupati Tegal
- b. Pemerintah Daerah Kabupaten Tegal wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal
- c. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota
- d. Fasilitasi dimaksud butir c dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
 - 1) Perhitungan kebutuhan pelayanan RSUD Suradadi sesuai Standar Pelayanan Minimal
 - 2) Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM

- 3) Penilaian pengukuran kinerja
- 4) Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal RSUD Suradadi

3. Pengawasan

- a. Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Suradadi Kabupaten Tegal
- b. Bupati menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD Suradadi sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam laporan pertanggung jawaban Bupati kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Tegal

BAB V

PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal RSUD Suradadi pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Tegal dengan nilai / standar kinerja yang ditetapkan. Untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal tersebut perlu disusun rencana pencapaian SPM dengan mempertimbangkan ketersediaan dan potensi pengembangan sumber daya daerah.

Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal RSUD Suradadi diharapkan dapat membantu pelaksanaan pelayanan di RSUD Suradadi sehingga dapat dijamin mutu dan akuntabilitas pelayanan kepada masyarakat. Petunjuk teknis SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola RSUD Suradadi dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Buku Petunjuk Teknis ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pj. BUPATI TEGAL,

SATRIYO HIDAYAT

Uraian Standar Pelayanan Minimal

a. Pelayanan Gawat Darurat.

1.

Judul	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat terhadap anak dan dewasa
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation (ABC).
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

2.

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

3.

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 ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

4.

Judul	Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat (Respon time)
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Sample
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu/ panitia mutu

5.

Judul	Ketersediaan pelayanan pemeriksaan penunjang selama 24 jam
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Untuk mendapatkan keakuratan pengambilan keputusan klinik
Definisi operasional	Pemeriksaan penunjang selama 24 jam adalah pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien saat pertama kali masuk di IGD sebelum dibawa ke ruang perawatan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Pencapaian	1 Tahun
Numerator	Jumlah pasien yang memiliki indikasi pemeriksaan penunjang saat diperiksa di IGD
Denominator	Jumlah semua pasien yang dilakukan pemeriksaan penunjang dari IGD
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi IGD
Pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

6.

Judul	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	\leq 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7.

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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

8.

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan kepada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang dibayarkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Instalasi Gawat Darurat
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat

Judul	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah skit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	IGD
Standar	1 Tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / tim mutu / panitia mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1.

Judul	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kabid Pelayanan Medis dan Penunjang Medis Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik dan non spesialistik di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik dan non spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	gister rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, kulit dan kelamin, THT, gigi, Rehab medik, psikologi
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan Kabid Pelayanan Medis dan Penunjang Medis

3.

Judul	Jam Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan pendaftaran dan pelayanan pemeriksaan rawat jalan pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan pendaftaran dan pelayanan pemeriksaan rawat jalan oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan pendaftaran dan pelayanan pemeriksaan rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan pendaftaran dan pelayanan pemeriksaan rawat jalan dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

4.

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik dan non spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5.

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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan / komite mutu

6.

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Pengakuan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	$\geq 100\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1.

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis dan tenaga perawat yang minimal berijazah D3)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis dan perawat yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat Inap

2.

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai tenaga dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

3.

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumahsakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

4.

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan sebelum jam 12.00.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis Maksimal jam 12.00
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5.

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), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	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	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab	Komite Medis

6.

Judul	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab	Tim Infeksi Nosokomial

7.

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam periode perhitungan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam periode perhitungan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

8.

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 0,24 \%$
Penanggung jawab	komite mutu

9.

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam tiga bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam tiga bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab	Komite Mutu

10.

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

11.

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

IV. BEDAH SENTRAL

1.

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2.

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	3 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam tiga bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

3.

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	3 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu tiga bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4.

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	3 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu tiga bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu tiga bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

5.

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 ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	3 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam tiga bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam tiga bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

6.

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	3 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam tiga bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam tiga bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

7,

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	3 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

V. PERSALINAN DAN PERINATAL

1.

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasusu
Definisi operasional	<p>Kematian ibu mencakup : pendarahan, pre-eklamsia, sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg• Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif• Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab) dalam tiga bulan

Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis dalam tiga bulan
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan \leq 1 %, pre-eklampsia \leq 30%, Sepsis \leq 0,2 %
Penanggung jawab	Dokter Spesialis Obsgyn / Kepala Bangsal Kebidanan

2.

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 terlatih APN
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bangsal Kebidanan

3.

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 Umum bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklamsia dan preeklamsia berat, talipusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya Tim dokter Sp. OG, Dokter Umum bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite Mutu

4.

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter Spesialis Anak, dokter Spesialis Anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter Spesialis Anak, dokter Spesialis Anastesi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Mutu

5.

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

6.

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab	Komite Mutu

7.

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	survey
Periode analisis	survey
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Bangsal kebidanan / Panitia mutu

PELAYANAN INTENSIF

1.

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 3 \%$
Penanggung jawab	Kepala ICU/Komite Mutu

2.

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Spesialis Anastesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Anastesi dan dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala ICU / Komite Mutu

RADIOLOGI

1.

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2.

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	<p>Pelaksana Ekspertisi rontgen adalah dokter Spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi.</p> <p>Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkanannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi dokter Spesialis Radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register Instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3.

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

4.

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	Survey
Periode analisis	Survey
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi / Komite Mutu

LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1.

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 2,5$ jam (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana Ekspertisi adalah dokter spesialis Patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil Laboratorium diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis Patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3.

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam tigabulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

4.

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	Survey
Periode analisis	Survey
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laborat / Panitia survey

REHABILITASI MEDIK

1.

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	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 50\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2.

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik meliputi :...
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3.

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan Rehab Medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rehab Medik
Frekuensi pengumpulan data	Survey
Periode analisis	Survey
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehab Medik / Panitia survey

X. FARMASI

1.

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

2.

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3.

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

4.

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan Farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Farmasi
Frekuensi pengumpulan data	Survey
Periode analisis	Survey
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi / Panitia survey

5.

Judul	Penulisan Resep
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang dipergunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

XI. PELAYANAN GIZI

1.

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥ 85 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi / Ka. Instal Rawat Inap

2.

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 25 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3.

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam tiga bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

4.

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan Gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Gizi
Frekuensi pengumpulan data	survey
Periode analisis	survey
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi / Panitia survey

XII. PELAYANAN GAKIN

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Keluarga Miskin adalah masyarakat yang memenuhi persyaratan tertentu yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah sehingga dinyatakan secara syah sebagai masyarakat / keluarga miskin.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

XIII. REKAM MEDIK

1.

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

2.

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

3.

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤ 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

4.

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

5.

Judul	Kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan Rekam Medis
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rekam Medis
Frekuensi pengumpulan data	Survey
Periode analisis	Survey
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis/ Panitia survey

XIV. PENGELOLAAN LIMBAH

1.

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Sanitasi

2.

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/ atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operating Prosedur yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS/ Kepala K3 RS

XV. ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Urusan Direksi dan Staf

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumahsakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2. Kepegawaian

a.

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

b.

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah Kenaikan gaji PNS setiap 2 tahun
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	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 Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

c.

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

3. Pengelolaan barang

Judul	Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang yang sudah tersedia
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam penyediaan barang yang dibutuhkan
Definisi operasional	Permintaan barang adalah permintaan yang diajukan oleh unit-unit pelayanan kepada pengelola barang rumahsakit. Maksimal dalam waktu 15 menit sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan barang yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan barang dalam satu bulan
Sumber data	Register permintaan dan penyediaan barang
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Penanggung Jawab Inventaris Barang

4. Keuangan .

a.

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam tiga bulan
Sumber data	Bidang Keuangan
Standar	$\geq 40 \%$
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

b.

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

c.

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan dibangsal dan kasir
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Ka.Sub.Bag.Tata Usaha

d.

Judul	Ketepatan waktu pemberian insentif (sesuai kesepakatan maksimal tgl 21 setiap bulan)
Dimensi mutu	Efektivitas, kepuasan karyawan
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian insentif
Denominator	6 bulan
Sumber data	Catatan di Bidang Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Keuangan

XVI. PELAYANAN AMBULANCE

1.

Judul	Jam pelayanan ambulance / Kereta Jenazah
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulance 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam pelayanan ambulance 24 jam adalah Ambulance / kereta jenazah selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam pelayanan ambulance / kereta jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Sub. Bagian Umum / Koordinator Ambulance.

2.

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Koordinator Sopir Ambulance

XVII. PEMULASARAAN JENAZAH

1.

Judul	Jam pelayanan Pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan pemulasaraan jenazah di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam pelayanan pemulasaraan jenazah adalah tim pemulasaraan jenazah selalu siap memberikan pelayanan
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam pelayanan pemulasaraan jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah.

2.

Judul	Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam enam bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam enam bulan
Sumber data	Register Kematian IPJ & hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala IPJ / Komite mutu

XVIII. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1.

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

3.

Judul	Peralatan Laboratorium 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 (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

XIX. PELAYANAN LAUNDRY

1.

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pemeliharaan linen
Definisi operasional	Kejadian linen yang hilang adalah jumlah linen kotor yang masuk ke instalasi laundry tidak sesuai dengan linen bersih yang didistribusikan kembali ke ruang rawat inap dalam periode 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah linen yang masuk di Instalasi Laundry dari tiap-tiap ruang rawat inap
Denominator	Jumlah semua linen yang masuk ke Instalasi laundry
Sumber data	Instalasi laundry
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2.

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan unit lain yang membutuhkan
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dalam penyediaan linen untuk rawat inap dan unit lain yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu penyediaan linen adalah waktu yang menunjukkan periode penyediaan/pendistribusian linen bersih (siap pakai) untuk tiap-tiap ruang rawat inap yang membutuhkan darimulai permintaan sampai dikirim ke unit yang membutuhkan maksimal 30 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah linen yang didistribusikan tepat waktu ke semua ruang rawat inap /unit yang membutuhkan.
Denominator	Jumlah semua linen yang seharusnya didistribusikan ke semua ruang rawat inap sesuai jadwal pendistribusian
Waktu pencapaian	1 tahun
Sumber data	Register laundry
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pertamanan / Koordinator Laundry

XX. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1.

Judul	Ada pengurus komite PPI
Dimensi Mutu	Keselamatan, akses, kompetensi teknis
Tujuan	Terdapat pengurus pengendali infeksi nosokomial di RS
Definisi Operasional	Panitia Pengendali Infeksi Nosokomial adalah Pegawai RS yang telah ditunjuk/ditugaskan oleh Direktur untuk menjadi panitia yang bertugas mengendalikan infeksi nosokomial yang merupakan perwakilan tiap - tiap unit pelayanan di RS yang telah terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota panitia yang tersebar di setiap unit pelayanan yang memiliki risiko infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah unit pelayanan yang memiliki risiko infeksi nosokomial
Sumber data	Sekretaris
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

2.

Judul	Tersedia APD disetiap Instalasi / ruang perawatan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, keamanan
Tujuan	Tergambarnya upaya pencegahan terhadap terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	APD adalah Alat Pelindung Diri yang harus disediakan secara cukup pada tiap-tiap instalasi / ruang perawatan yang harus digunakan sebagai salah satu cara perlindungan terhadap petugas untuk mencegah terjadinya infeksi yang didapat dari pasien atau lingkungan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Banyaknya kejadian tidak tersedianya APD secara cukup pada instalasi / ruang perawatan dalam kurun waktu tertentu
Denominator	Jumlah bulan dalam kurun waktu tertentu
Sumber data	Instalasi / ruang perawatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua PPI/Pandalin

3.

Judul	Kegiatan surveilans Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, keamanan
Tujuan	Tergambarnya kegiatan evaluasi dan monitoring infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Surveillance infeksi nosokomial adalah kegiatan survei dalam rangka pengendalian infeksi nosokomial setiap bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Laporan kegiatan survei infeksi nosokomial tiap bulan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah bulan dalam 1 tahun
Sumber data	Instalasi Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua PPI/Pandalin

Pj. BUPATI TEGAL,



SATRIYO HIDAYAT

Diundangkan di Slawi
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TEGAL,

HARON BAGAS PRAKOSO
BERITA DAERAH KABUPATEN TEGAL TAHUN 2013
NOMOR.....

**BAB IX
PENUTUP**

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tegal

Ditetapkan di Slawi
pada tanggal

**Pj BUPATI TEGAL,
SATRIYO HIDAYAT**

Diundangkan di Slawi
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TEGAL,

**HARON BAGAS PRAKOSO
BERITA DAERAH KABUPATEN TEGAL TAHUN 2013
NOMOR.....**