



WALIKOTA MAGELANG

PERATURAN WALIKOTA MAGELANG NOMOR 46 TAHUN 2008

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TIDAR KOTA MAGELANG

WALIKOTA MAGELANG

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam pelaksanaan otonomi daerah, maka Pemerintah Kota Magelang bertanggung jawab sepenuhnya dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kota Magelang;
 - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, maka 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 dalam huruf a, huruf b, maka perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Kecil Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah dan Jawa Barat ;
 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan ;
 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara ;
 4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara ;
 5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara ;
 6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional ;

7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana diubah telah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah ;
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah ;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum ;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah ;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal ;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 Tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah ;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah ;
14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintah Kabupaten / Kota;
15. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah ;
16. Peraturan daerah Kota Magelang Nomor 5 tahun 2008 tentang Susunan, kedudukan dan Tugas Pokok Organisasi Lembaga teknis Daerah, Badan Pelayanan Perizinan Terpadu dan Satuan Polisi Pamong Praja ;
17. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 133 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
23. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 Tentang Rumah Sakit;
24. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;
25. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

M E M U T U S K A N :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA MAGELANG TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TIDAR KOTA MAGELANG

B A B I K E T E N T U A N U M U M

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

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

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

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1). Standard Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggara Standard Pelayanan Minimal Rumah sakit.

- (2). Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1). Rumah Sakit Umum Daerah Tidar mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2). Jenis Pelayanan untuk Rumah Sakit Umum Daerah Tidar meliputi :
 - a. Pelayanan Gawat Darurat
 - b. Pelayanan Rawat Jalan
 - c. Pelayanan Rawat Inap
 - d. Pelayanan Bedah Sentral
 - e. Pelayanan Persalinan
 - f. Pelayanan Intensif
 - g. Pelayanan Radiologi
 - h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
 - i. Pelayanan Rehabilitasi Medik
 - j. Pelayanan Farmasi
 - k. Pelayanan Gizi
 - l. Pelayanan Transfusi Darah
 - m. Pelayanan Keluarga Miskin
 - n. Pelayanan Rekam Medis
 - o. Pelayanan Limbah
 - p. Pelayanan Administrasi Manajemen
 - q. Pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah
 - r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
 - s. Pelayanan Laundry
 - t. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
 - u. Pelayanan Hemodialisa
 - v. Pelayanan Akupunktur
 - w. Pelayanan Patologi Anatomi
 - x. Pelayanan Pasien HIV
 - y. Pelayanan Pasien DOT

Bagian Kedua
Indikator, Standar (Nilai), batas Waktu Pencapaian
Dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal, tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II Peraturan ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1). Rumah Sakit Umum Daerah Tidar yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam peraturan Walikota ini.
- (2). Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar yang menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.
- (3). Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1). Direktur Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, Target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2). Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang yang menerapkan PPK- BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3). Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 7

- (1). Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah Tidar yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2). Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :

- a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal
- b. Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
- c. Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
- d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan minimal.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 8

- (1). Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2). Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktorat atau pemimpin BLUD

Pasal 9

- (1). Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Tidar yang menerapkan PPK-BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2). Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

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

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit Umum Tidar Kota Magelang yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit Umum Tidar Kota Magelang.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Walikota ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Magelang

Ditetapkan di : Magelang
Pada tanggal : 31 Desember 2008

WALIKOTA MAGELANG


H. FAHRIYANTO

Diundangkan di Magelang
pada tanggal 31 Desember 2008.

SEKRETARIS DAERAH KOTA MAGELANG


S. BUDI PRASETYO

BERITA DAERAH KOTA MAGELANG TAHUN 2008 NOMOR 46

INDIKATOR, STANDAR (NILAI) DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan Gawat Darurat 2. Kemampuan menangani lifesaving di Gawat Darurat 3. Kecepatan pelayanan dokter di Gawat Darurat 4. Kecepatan pelayanan perawat di Gawat Darurat 5. Pemberi pelayanan gawat darurat bersertifikat 6. Kepuasan pelanggan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	1. 24 jam 2. > 90% 3. < 10 menit 4. < 5 menit 5. > 90% 6. ≥ 80%	Sudah 1th Sudah 3 th 3 th 3 th

[illegible]

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap a. dr. Spesialis b. perawat c. bidan 2. Ada Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	1. > 90 % 2. 100 % 3. * Anak * Penyakit Dalam * Kebidanan * Bedah umum * Bedah ortopedi * THT * Mata * Syaraf * Kulit-Kelamin * Gigi * Bedah Mulut 4. >90% 5. maksimal 2% 6. maksimal 2% 7. 100% 8. > 80%	3 th 3 th 3 th 3 th 3 th 3 th 3 th 3 th

[illegible]

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Persalinan	1. Pemberi pelayanan persalinan normal 2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 4. Kejadian kematian ibu karena persalinan 5. Kepuasan pelanggan	1. a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih c. Bidan 2. Dokter Sp. OG 3. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An 4. a. Perdarahan max 1% b. Pre-eklamsi max 30% c. Sepsis max 0,2% 5. $\geq 80\%$	5 th 3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Intensif Care Unit	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif 3. Kepuasan pelanggan	1. max 3 % 2. a. Dokter SpAn dan Dokter spesialis sesuai kasus b. >90% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU 3. $\geq 80\%$	1 th 5 th 5 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. Kepuasan pelanggan	1. max 3 Jam 2. Dokter Sp.Rad 3. maks 2 % 4. $\geq 80\%$	3 th 3 th 3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Jam buka pelayanan Laboratorium 5. Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi 6. Kepuasan pelanggan	1. max 150 menit 2. Dokter Sp.PK 3. 100 % 4. 24 jam 5. 100% ≥ 80 %	3 th 3 th 3 th 3 th 3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Penanggungjawab 4. Kepuasan pelanggan	1. max 50 % 2. 100 % 3. Dr. Sp RM 4. ≥ 80 %	3 th 3 th 3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Penulisan resep sesuai formularium 3. Kepuasan pelanggan	1. a. max 30 menit b. max 60 menit 2. 100 % 3. 100 % 4. $\geq 80\%$	3 th 3 th 3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1. $>90\%$ 2. max 20 % 3. 100 %	3 th 3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi tranfusi	1. >90 % terpenuhi 2. max 1%	5 th 5 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Pelayanan GAKIN	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan 2. Kepuasan pelanggan	100 % terlayani ≥ 80 %	3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. >75% 2. 100 % 3. <10 menit 4. <15 menit	1 th 1 th 1 th 1 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Pengelolaan limbah	1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 2. 100 %	3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan (2)	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian (5)
		Indikator (3)	Nilai (4)	
16.	Administrasi Manajemen	1. Urusan direksi dan Staff a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Strategi Dokumen Rencana Bisnis Strategis 3. Tata Kelola a. Dokumen Hospital by laws b. Dokumen Medical Staff by laws c. Ketepatan waktu laporan akuntabilitas kinerja 4. Kepegawaian a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat b. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala 5. Pengelolaan Barang Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang 6. Keuangan a. Cost recovery b. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan c. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap	a. Max. 2 hari 2. satu dokumen lengkap a. satu dokumen lengkap b. satu dokumen lengkap c. Min 3 bulan sekali a. 100 % b. 100 % a. maks 30 menit a. >40 % b. Tanggal 10 setiap bulan berikutnya c. Maksimal 2 Jam	1 th 1 th 1 th 1 th 1 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Ambulance/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit	1. 24 Jam 2. <30 menit	Sudah 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Pelayanan pemulasaraan jenazah	1. Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah	1. maksimal 2 jam	3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Pelayanan laundry	1. Tidak adanya kejadian linen hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. >90% 2. 100%	1 th 1 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	1. maksimal 30 menit 2. >90%	1 th 1 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	Pelayanan hemodialisis	1. Kelengkapan peralatan 2. Ketepatan jam buka pelayanan 07.00-21.00 3. Kepuasan pelanggan	1. >90% 2. 100% 3. $\geq 80\%$	3 th Sudah 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Nilai	Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	(3)		
(1)	(2)			(4)	(5)
22.	Pelayanan akupunktur	1. Kelengkapan peralatan 2. Ketepatan jam buka pelayanan 08.00 s/d selesai 3. Kepuasan pelanggan	1. >90% 2. >95% 3. $\geq 80\%$		3 th Sudah 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Nilai	Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	(3)		
(1)	(2)			(4)	(5)
23.	Patologi Anatomi	1. Kelengkapan peralatan 2. Waktu tunggu hasil pemeriksaan 3. Konsistensi diagnosa patologi anatomi dan diagnosa klinis	1. >90% 2. maks 7 hari 3. >90%		3 th Sudah 1 th

2. Kecepatan memberikan pelayanan pada pasien DOT

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan pada pasien DOT
Dimensi mutu	Kenyamanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kecepatan memberikan pelayanan pada pasien DOT
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan pada pasien DOT adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari pasien datang sampai mendapat pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai mendapat pelayanan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling di Poliklinik rawat jalan
Sumber data	Sampel
Standar	< 30 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

WALIKOTA MAGELANG



H. FAHRIYANTO

LAMPIRAN II : PERATURAN WALI KOTA MAGELANG
 NOMOR : 46.. TAHUN 2008
 TANGGAL : 31 Desember 2008

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

a. Pelayanan Gawat Darurat.

1. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

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

2. Kemampuan Menangani Life Saving di Gawat Darurat

Judul	Kemampuan menangani life saving 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
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	>90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
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
Sumber data	Sample
Standar	< 10 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan

4. Kecepatan Pelayanan oleh Perawat di Gawat Darurat

Judul	Kecepatan pelayanan oleh perawat di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan penanganan perawat di gawat darurat sejak pasien datang sampai ditangani oleh perawat
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah komulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai mendapat tindakan perawatan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling di Gawat Darurat
Sumber data	Sampel
Standar	<5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Pemberi Pelayanan Ke Gawat Darurat yang Bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	
Dimensi mutu	Kompetensi teknis	
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan	
Definisi operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan	
Periode analisis	Tiap tiga bulan	
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan	
Sumber data	Kegawayaan dan diklat	
Standar	> 90%	
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Diklat	

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
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
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat dan Panitia Peningkatan Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

I. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

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 % dokter spesialis
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisistik yang dilaksanakan di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah(sesuai dalam SPM)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. selesai setiap hari kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	>90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan	
Dimensi Mutu	Akses	
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialisistik 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 disurvey	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey	
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan	
Standar	< 90 menit	
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan dan Panitia Peningkatan Mutu	

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	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
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan dan Panitia Peningkatan Mutu

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap (Dokter, Spesialis, Tenaga Perawat dan Bidan)

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis, tenaga perawat dan bidan)	
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis	
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten	
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis, tenaga perawat dan bidan yang kompeten	
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan	
Periode Analisa	6 bulan	
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis, perawat dan bidan yang sesuai dengan ketentuan	
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter, perawat dan bidan yang melayani di rawat inap	
Sumber data	Kepegawaian	
Standar	>90%	
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat Inap	

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi 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. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan 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	kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah dll (sesuai dalam SPM)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

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 antara jam 08.00 sampai dengan 12.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 09.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	>90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia Peningkatan Mutu

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), 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	maksimum 2 %
Penanggung jawab	Ketua Komite Medik dan Panitia Peningkatan Mutu

6. Kejadian Infeksi Nosokomial

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 rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap 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	Maksimal 2 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Perawatan dan Panitia Peningkatan Mutu

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

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

8. Kepuasan Pelanggan rawat Inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan pelanggan yang disurvei(dalam%)
Denominator	Jumlah total pasien/pelanggan yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap dan Panitia Peningkatan Mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

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	Maksimal 3 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	<0,1 %
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral dan komite medis

3. Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral dan komite medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral dan komite medis

5. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala intalasi bedah sentral dan komite medis

6. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain 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 satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimal 2%
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral dan komite medik

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan operasi 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
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral Dan Komite Medik

V. PERSALINAN

1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum dan bidan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan dan Panitia Peningkatan Mutu

2. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp. OG.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan penyulit
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan dan Panitia Peningkatan Mutu

3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter 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	Kepala Bidang Pelayanan dan Panitia Peningkatan Mutu

4. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus
Definisi operasional	Kematian ibu mencakup: perdarahan, pre-eklamsi, sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklamsi dan eklamsi mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu: *tekanan darah sistolik >160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg *protein urin > 5gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif *oedem tungkai Eklamsi adalah tanda pre-eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklamsi/eklamsi atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklamsi/eklamsi dan sepsis
Sumber data	Rekam medis
Standar	Perdarahan <1%, pre-eklamsi <30%, sepsis <0,2%
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan persalinan 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 persalinan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber data	- Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan dan Panitia Peningkatan Mutu

VL PERAWATAN INTENSIF

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

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

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.An, dokter spesialis sesuai jenis kasus, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An, dokter spesialis sesuai kasus, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	>90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi ICU

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan intensif 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 intensif yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 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	Maksimum 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

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

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	>70 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan dan Panitia Peningkatan Mutu

4. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

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

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diikspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	survey
Standar	Maksimal 150 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium patologi klinik

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium klinik

Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium klinik	
Judul	Kompetensi teknis
Dimensi mutu	Pembacaan dan verifikasi hasil lab. Klinik dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Tujuan	Pelaksana ekspertisi lab. Klinik adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk pembacaan hasil lab. Klinik. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis patologi klinik pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirim kepada dokter yang meminta.
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan lab. Klinik yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan patologi klinik dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi patologi klinik
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium patologi klinik

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

4. Jam buka pelayanan laboratorium

Judul	Jam buka pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan laboratorium 24 jam di rumah sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah laboratorium selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka laboratorium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium patologi klinik

5. Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas	
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium	
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
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	100%	
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium patologi klinik	

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Patologi Klinik 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 Patologi Klinik yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode 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	Maksimal 50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

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

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rehabilitasi Medik 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 Rehabilitasi Medik yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

X. FARMASI

1. a Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi	
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode 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	Maksimal 30 menit	
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi	

1.b Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi	
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan	
Frekuensi pengumpulan data	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	Maksimal 60 menit	
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi	

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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

3. Penulisan resep sesuai formularium

Penulisan resep sesuai formularium	
Judul	
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 bulan (N minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam %)
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	> 70%
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan	
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi	
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode 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	>90 %	
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi dan kepala instalasi rawat inap	

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

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
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	<20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi dan kepala instalasi rawat inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah	
Definisi operasional	Cukup jelas	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan	
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan	
Sumber data	Survey	
Standar	>90 %	
Penanggung jawab	Kepala Unit Transfusi Darah	

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada unit transfusi darah
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimal 1%
Penanggung jawab	Kepala Unit Transfusi Darah

XIII. PELAYANAN GAKIN

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

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 pasien pemegang kartu askeskin
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

2. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Pasien Gakin 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 Gakin yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gakin yang di survey
Sumber data	Survey
Standar	>70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 2x24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 2x24 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 2x 24 jam setelah selesai pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	> 75 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	
Judul	Keselamatan
Dimensi mutu	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan
Tujuan	Tergambarnya tindakan medik yang akan dilakukan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	Informed Consent adalah penjelasan kepada pasien atau keluarga tentang resiko tindakan yang akan dilakukan.
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. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan 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
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	<10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan 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	tiap-bulan
Periode analisis	tiap tiga 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

XV. Pengolahan limbah

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair 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 Instalasi Sanitasi Rumah Sakit

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	
Judul	Keselamatan
Dimensi mutu	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Tujuan	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 :
Definisi operasional	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 Instalasi Sanitasi Rumah Sakit

XVI. ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di 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. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	
Judul	efektivitas, efisiensi
Dimensi mutu	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Tujuan	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPN, indikator-indikator data, rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator yang langsung dipengaruhi oleh rumahsakit.
Definisi operasional	Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan	
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai	
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober	
Frekuensi pengumpulan data	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 Bagian Sekretariat	

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

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 secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku(UU No 8/1974, UU No 43/1999)	
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun	
Periode analisis	satu tahun	
Numerator	Jumlah pegawai yang 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 Bagian Sekretariat	

5. Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang kurang / sama dengan 30 menit

Judul	Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang kurang / sama dengan 30 menit.
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 30 menit sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan barang yang ditanggapi kurang atau sama dengan 30 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan barang dalam satu bulan
Sumber data	Register permintaan dan penyediaan barang
Standar	>80 %
Penanggung jawab	Kepala Inst. Sarana dan Prasarana RS

6. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	efisiensi, efektivitas
Tujuan	tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	sub bag keuangan
Standar	>40 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	
Judul	
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	Sub Bag Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan telah 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
Standar	maksimal 2 jam
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	
Dimensi mutu	Efektivitas	
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan	
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan	
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan	
Periode analisis	6 bulan	
Numerator	Jumlah bulat dengan kelambatan pemberian insentif	
Denominator	6	
Sumber data	Catatan di bagian keuangan	
Standar	100%	
Penanggung jawab	Kepala Bagian keuangan	

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

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

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan 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 dijukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersediayanya ambulance/kereta jenazah.
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	Maksimal 30 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Mortuary dan Ambulance

2. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	
Judul	Mutu dan akses
Dimensi mutu	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien
Tujuan	yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan tersebut
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Mortuary dan Ambulance

XVIII. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

1. Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah	
Dimensi mutu	Kenyamanan	
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah	
Definisi operasional	Waktu pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan	
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan	
Sumber data	Hasil pengamatan	
Standar	Maksimal 2 jam	
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Mortuary dan Ambulance	

XIX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian mutu dan pelayanan laundry
Definisi operasional	-
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 5 hari sampling
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

XX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dalam menanggapi terjadinya kerusakan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan.
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	Maksimal 30 menit
Penanggung jawab	Kepala Inst. Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektifitas, 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	Buku register pemeliharaan alat
Standar	> 90%
Penanggung jawab	Kepala Inst. Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

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

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

XXI. PELAYANAN HEMODIALISIS

1. Kelengkapan peralatan hemodialisis

Judul	Kelengkapan peralatan hemodialisis
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kelengkapan peralatan yang ada pada pelayanan hemodialisis
Definisi operasional	Ketersediaan alat-alat yang ada pada pelayanan hemodialisis sesuai dengan yang dibutuhkan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah alat-alat yang dibutuhkan dalam hemodialisis dalam waktu 1 tahun
Denominator	Jumlah alat-alat yang tersedia pada pelayanan hemodialisis dalam waktu 1 tahun
Sumber data	Buku inventaris alat dan barang
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala instalasi hemodialisis

2. Ketepatan jam buka pelayanan

Judul	Ketepatan jam buka pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan hemodialisis pada setiap hari kerja sesuai ketentuan jam buka
Definisi operasional	Jam buku pelayanan hemodialisis sesuai dengan yang sudah ditetapkan rumah sakit adalah jam 07.00-21.00 setiap hari kerja
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan hemodialisis yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan hemodialisis dalam satu bulan
Sumber data	Buku register pelayanan hemodialisis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi hemodialisis

XXII. PELAYANAN AKUPUNKTUR

1. Kelengkapan peralatan akupunktur

Judul	Kelengkapan peralatan akupunktur
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kelengkapan peralatan yang tersedia pada pelayanan akupunktur
Definisi operasional	Tersedianya alat-alat pada pelayanan akupunktur sesuai dengan yang dibutuhkan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah alat-alat yang dibutuhkan pada pelayanan akupunktur dalam waktu satu tahun
Denominator	Jumlah alat-alat yang tersedia pada pelayanan akupunktur dalam waktu satu tahun
Sumber data	Buku inventaris alat dan barang
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala instalasi akupunktur

2. Ketepatan jam buka pelayanan

Judul	Ketepatan jam buka pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan akupunktur setiap hari kerja sesuai ketentuan jam buka
Definisi operasional	Jam buka pelayanan akupunktur sesuai yang ditetapkan rumah sakit adalah jam 08.00 sampai dengan selesai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan akupunktur yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari pelayanan akupunktur dalam satu bulan
Sumber data	Buku register pelayanan akupunktur
Standar	>95 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi akupunktur

XXIII. PELAYANAN PATOLOGI ANATOMI

1. Kelengkapan peralatan bagian patologi anatomi

Judul	Kelengkapan peralatan bagian patologi anatomi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kelengkapan alat yang diperlukan dalam pemeriksaan di bagian patologi anatomi
Definisi operasional	Tersedianya peralatan di bagian patologi anatomi sesuai dengan yang dibutuhkan
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah alat-alat yang dibutuhkan untuk pemeriksaan di bagian patologi anatomi dalam waktu satu tahun
Denominator	Jumlah alat-alat yang tersedia untuk pemeriksaan di bagian patologi anatomi dalam waktu satu tahun
Sumber data	Buku inventaris alat dan barang
Standar	90%
Penanggung jawab	Kepala instalasi Patologi Anatomi

2. Waktu tunggu hasil pemeriksaan patologi anatomi

Judul	Waktu tunggu hasil pemeriksaaa patologi anatomi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pemeriksaan patologi anatomi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan pemeriksaan patologi anatomi adalah tenggang waktu mulai pasien diambil/menyerahkan sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pemeriksaan patologi anatomi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di bagian patologi anatomi yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	Maksimal 7 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi patologi anatomi

3. Konsistensi diagnosa patologi anatomi dengan diagnosa klinis

Judul	Konsistensi diagnosa patologi anatomi dengan diagnosa klinis	
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi	
Tujuan	Tergambarnya konsistensi antara hasil pemeriksaan/diagnosa patologi anatomi dengan diagnosa klinis	
Definisi operasional	Konsistensi adalah adanya kecocokan/keselarasan antara hasil pemeriksaan patologi anatomi dengan diagnosa klinis	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Numerator	Jumlah sample yang diperiksa dan mempunyai hasil diagnosa patologi anatomi yang konsisten dengan diagnosa klinis dalam satu bulan	
Denominator	Jumlah seluruh sample yang diperiksa dalam satu bulan	
Sumber data	Buku registrasi patologi anatomi	
Standar	>90%	
Penanggung jawab	Kepala instalasi patologi anatomi	

XXIV PELAYANAN PASIEN HIV

1. Kecepatan tindakan pelayanan pada pasien HIV

Judul	Kecepatan tindakan pelayanan pada pasien HIV
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tindakan pelayanan yang cepat pada pasien HIV
Definisi operasional	Pasien HIV adalah pasien yang terinfeksi virus HIV dan pada dirinya terjadi penurunan kekebalan tubuh.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai mendapat tindakan perawatan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling dirawat inap dan rawat jalan
Sumber data	Sampel
Standar	< 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Kelengkapan sarana dan peasarana pelayanan pasien HIV

Judul	Kelengkapan sarana dan peasarana pelayanan pasien HIV
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kelengkapan peralatan yang ada pada pelayanan pasien HIV
Definisi operasional	Ketersediaannya alat-alat dan bahan-bahan yang ada untuk pelayanan pasien HIV sesuai dengan yang dibutuhkan.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah alat-alat dan bahan-bahan yang dibutuhkan pada pelayanan pasien HIV
Denominator	Jumlah alat-alat dan bahan-bahan yang tersedia pada pelayanan pasien HIV
Sumber data	Buku inventaris alat dan barang
Standar	> 90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Kepala Instalasi Rawat Inap

XXV Pelayanan Pasien DOT

1. Ketepatan jam buka pelayanan

Judul	Ketepatan jam buka pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan pasien DOT pada setiap hari kerja sesuai ketentuan jam buka
Definisi operasional	Jam buka pelayanan pasien DOT sesuai dengan yang sudah ditetapkan di rumah sakit adalah jam 08.00 s/d selesai setiap hari kerja
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan pasien DOT yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan pasien DOT dalam 1 bulan
Sumber data	Buku register pelayanan pasien DOT
Standar	> 90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	Pelayanan Pasien HIV	1. Kecepatan tindakan pelayanan pada pasien HIV 2. Kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan pasien HIV	1. > 90 % 2. > 90 %	3 th 3 th

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Pelayanan pasien DOT	1. Ketepatan jam buka pelayanan jam 08.00 s/d selesai 2. Kecepatan memberikan pelayanan pada pasien DOT	1. > 95 % 2. < 30 mnt	3 th 3 th

WALIKOTA MAGELANG



H. FAHRIYANTO