



GUBERNUR JAWA TENGAH

PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH

NOMOR 22 TAHUN 2017

TENTANG

PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI
JAWA TENGAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 55 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Penerapan Dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 Pembentukan Provinsi Jawa Tengah (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950 Halaman 86-92);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);

af

7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4594);
12. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 1 Tahun 2008 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008 Nomor 1 seri E Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 7);
13. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008 Nomor 8 Seri D Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 14);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Tehknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 96 Tahun 2010 tentang Remunerasi Pada Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010 Nomor 96);



MEMUTUSKAN :

Menetapkan: PERATURAN GUBERNUR TENTANG PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Provinsi Jawa Tengah.
2. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
3. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Provinsi Jawa Tengah.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Jawa Tengah yang merupakan Perangkat Daerah.
5. Rumah Sakit Jiwa Daerah yang selanjutnya disingkat RSJD adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah yang merupakan Perangkat Daerah.
6. Kepala Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut Direktur RSUD adalah Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi, Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Prof Dr. Margono Soekarjo, Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo, Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah.
7. Kepala Rumah Sakit Jiwa Daerah yang selanjutnya disebut Direktur RSJD adalah Kepala Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo, Kepala Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, Kepala Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD dan RSJD Provinsi Jawa Tengah kepada masyarakat.
10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD dan RSJD Provinsi Jawa Tengah kepada masyarakat.
11. Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

12. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan Standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
13. Sasaran mutu adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Indikator SPM adalah tolok ukur 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.
15. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar Nasional dan/atau Internasional.
16. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
18. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
19. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
22. Standar adalah kesepakatan-kesepakatan yang telah didokumentasikan yang di dalamnya terdiri antara lain mengenai spesifikasi-spesifikasi teknis atau kriteria-kriteria yang akurat yang digunakan sebagai peraturan, petunjuk, atau definisi-definisi tertentu untuk menjamin suatu barang, produk, proses, atau jasa sesuai dengan yang telah ditetapkan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Penerapan dan Rencana Pencapaian SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dan RSJD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM RSUD dan RSJD.

69

- (2) Penerapan dan Rencana Pencapaian SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu serta pencapaian kinerja pelayanan kepada masyarakat.

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

Pasal 3

Jenis pelayanan, Indikator, Standar/Nilai, Rencana Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM pada:

- a. RSUD Dr. Moewardi sebagaimana tercantum pada Lampiran I;
 - b. RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo sebagaimana tercantum pada Lampiran II;
 - c. RSUD Tugurejo sebagaimana tercantum pada Lampiran III;
 - d. RSUD Kelet sebagaimana tercantum pada Lampiran IV;
 - e. RSJD Dr. Amino Gondohutomo sebagaimana tercantum pada Lampiran V;
 - f. RSJD Surakarta sebagaimana tercantum pada Lampiran VI;
 - g. RSJD Dr. RM. Soedjarwadi sebagaimana tercantum pada Lampiran VII;
- yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB IV
PELAKSANAAN PELAYANAN

Pasal 4

- (1) RSUD dan RSJD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Penerapan dan Rencana Pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3.
- (2) Direktur RSUD dan RSJD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Penerapan dan Rencana Pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Penerapan dan Rencana Pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pelaksana pelayanan dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Direktur RSUD dan RSJD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit masing-masing yang dipimpinnya berdasarkan Penerapan dan Rencana Pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3.
- (5) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD dan RSJD menyusun rencana anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan masing-masing Unit kerja.



- (6) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Penerapan dan Rencana Pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3.
- (7) Direktur RSUD dan RSJD melaporkan hasil penerapan dan pencapaian SPM kepada Gubernur secara periodik setiap triwulan, dan apabila sewaktu-waktu diperlukan.

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Pertama Pembinaan

Pasal 5

- (1) Pembinaan terhadap Penerapan dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal pada RSUD dan RSJD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dilakukan oleh Gubernur.
- (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 SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 6

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal bersama jajaran manajemen RSUD dan RSJD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (3) Pemeriksaan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi untuk membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 7

Pembinaan dan pengawasan RSUD dan RSJD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dan Pasal 6, selain dilakukan oleh Gubernur juga dilakukan oleh Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

A

Pasal 8

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, maka Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 27 Tahun 2011 tentang Penerapan Dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2011 Nomor 27), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal **22 Mei 2017**

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

Diundangkan di Semarang
pada tanggal **22 Mei 2017**

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
JAWA TENGAH,

ttd

SRI PURYONO KARTO SOEDARMO

BERITA DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2017 NOMOR ...**22**.....

LAMPIRAN I
 PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
 NOMOR 22 TAHUN 2017
 TENTANG
 PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT Jiwa
 DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR/NILAI, RENCANA BATAS WAKTU
 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM RSUD Dr. MOEWARDI

NO	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	1. 100%	1 tahun
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam	1 tahun
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	3. 100 %	1 tahun
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4. Satu tim	1 tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5. ≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	1 tahun
		6. Kepuasan Pelanggan	6. ≥ 70 %	1 tahun
		7. Kematian pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat	7. ≤ 2 ‰ (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	5 tahun
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100%	1 tahun
2	Rawat jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100 % Dokter Spesialis	1 tahun
		2. Ketersediaan Pelayanan	2. a. Klinik Anak; b. Klinik Penyakit Dalam; c. Klinik Kebidanan;	1 tahun

			<ul style="list-style-type: none"> d. Klinik Bedah; e. Klinik Jantung; f. Klinik Paru; g. Klinik Anestesi; h. Klinik Saraf; i. Klinik Kulit Kelamin; j. Klinik Jiwa; k. Klinik Rehabilitasi Medik; l. Klinik Gigi; m. Klinik VCT; n. Klinik Nyeri; o. Klinik THT; p. Klinik Radioterapi; q. Klinik Geriatri; r. Klinik Mata; s. Klinik Pojok DOTS; t. Klinik Akupunktur; u. Medikal Check Up; v. Klinik Infertilitas; w. Klinik Paviliun. 	
		3. Jam buka pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 3. a. Senin s.d Kamis (08.00 s.d 14.00) b. Jumat (08.00 s.d 11.00) 	1 tahun
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	4. ≤ 60 menit	1 tahun
		5. Kepuasan Pelanggan	5. ≥ 90 %	1 tahun
		6. <ul style="list-style-type: none"> a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS 	<ul style="list-style-type: none"> 6. a. ≥ 60 % b. ≥ 60 % 	1 tahun
		7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	7. 100 %	1 tahun
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	<ul style="list-style-type: none"> 1. a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 	1 tahun
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2. 100 %	1 tahun
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	<ul style="list-style-type: none"> 3. a. Anak; b. Jiwa; 	1 tahun

			<ul style="list-style-type: none"> c. Obsgin; d. Rehabilitasi Medik; e. Penyakit Dalam; f. Bedah; g. Saraf; h. Gigi & Mulut; i. Mata; j. Jantung; k. Paru; l. Kulit Kelamin; m. THT; n. Radioterapi; o. Anestesi. 	
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	1 tahun
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. $\leq 1,5 \%$	1 tahun
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	6. $\leq 1,5 \%$	2 tahun
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	7. 100 %	1 tahun
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. $\leq 0,24 \%$	5 tahun
		9. Kejadian pulang paksa	9. $\leq 5 \%$	1 tahun
		10. Kepuasan pelanggan	10. $\geq 90 \%$	1 tahun
		11. Rawat Inap TB <ul style="list-style-type: none"> a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit 	11. <ul style="list-style-type: none"> a. $\geq 60 \%$ b. $\geq 60 \%$ 	1 tahun
4	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	1. ≤ 2 hari	5 tahun
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	2. $\leq 1 \%$	1 tahun
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100 %	1 tahun
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100 %	1 tahun

		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100 %	1 tahun
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100 %	1 tahun
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.	7. ≤ 6 %	1 tahun
5	Persalinan, perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis $\leq 0,2$ %	2 tahun
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (asuhan persalinan normal) c. Bidan	2 tahun
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih	2 tahun
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An.	2 tahun
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	5. 100 %	4 tahun
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. ≤ 20 %	4 tahun
		7. Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.Umum terlatih	7. 100 %	2 tahun

		b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih		
		8. Kepuasan Pelanggan	8. $\geq 80\%$	2 tahun
6	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. $\leq 3\%$	1 tahun
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif a. Dokter spesialis intensif dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani; b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara (D4)	2. a. Dokter spesialis intensif dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani; b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara (D4)	1 tahun
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks	1. ≤ 3 jam	2 tahun
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter Sp.Rad	1 tahun
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3. Kerusakan Foto $\leq 2\%$	2 tahun
		4. Kepuasan pelanggan	4. $\geq 80\%$	1 tahun
8	1. Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	1. ≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	1 tahun
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter Sp.PK	1 tahun
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3. 100 %	1 tahun
		4. Kepuasan pelanggan	4. $\geq 80\%$	5 tahun
	2. Laboratorium Patologi Anatomi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan di instalasi Patologi Anatomi	1. 100 %	3 tahun

		<ul style="list-style-type: none"> • Histopatologi rutin 4x24 jam, • Sitologi rutin 2x24 jam, • Biopsi jarum 2 jam 		
		2. Pelaksana Ekspertisi dokter Sp. PA	2. 100 %	1 tahun
		3. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan PA	3. 100 %	1 tahun
		4. Kualitas slide dengan pewarnaan HE	4. ≥ 90 %	3 tahun
	3. Laboratorium Mikrobiologi Klinik	1. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Mikrobiologi Klinik	1. 100 %	1 tahun
		2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan mikroskopis maksimal 1x24 jam	2. 100 %	1 tahun
		3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi kultur dan uji kepekaan untuk semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion) maksimal 5x24 jam	3. 100 %	1 tahun
		4. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi untuk kultur dan uji kepekaan terhadap darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion	4. 100 %	1 tahun

4

		maksimal 7x24 jam		
		5. Prevalensi kepositifan hasil kultur darah untuk bakteriologi	5. $\geq 30\%$	1 tahun
		6. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium parasitologi dan mikologi klinik pada pemeriksaan langsung (non kultur ≤ 24 jam)	6. 100 %	1 tahun
		7. Waktu tunggu hasil pelayanan parasitologi dan mikologi klinik melalui pemeriksaan kultur dan uji kepekaan maksimal 5x24 jam.	7. 100 %	1 tahun
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1. $\leq 50\%$	1 tahun
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100 %	2 tahun
		3. Kepuasan Pelanggan	3. $\geq 80\%$	2 tahun
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	3 tahun
		2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	2. 100 %	3 tahun
		3. Kepuasan pelanggan	3. $\geq 80\%$	3 tahun
		4. Penulisan resep sesuai formularium	4. 100 %	3 tahun
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. $\geq 90\%$	1 tahun
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. $\leq 20\%$	1 tahun

		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	3. 100 %	1 tahun
12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1. 100 % terpenuhi	2 tahun
		2. Kejadian Reaksi transfusi.	2. $\leq 0,01$ %	2 tahun
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100 % terlayani	1 tahun
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1. 100 %	5 tahun
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	2. 100 %	3 tahun
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	3. ≤ 10 menit	2 tahun
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	4. ≤ 15 menit	2 tahun
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 e. Mikrobiologi 5000 / 100 ml	2 tahun
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2. 100 %	2 tahun
16	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1. 100 %	1 tahun
		2. Waktu penyelesaian keluhan pelanggan ≤ 3 hari	2. 100%	2 tahun

	3. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	3. 100 %	1 tahun
	4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	4. 100 %	1 tahun
	5. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	5. 100 %	1 tahun
	6. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	6. $\geq 65\%$	3 tahun
	7. Cost recovery meningkat	7. $\geq 80\%$	1 tahun
	8. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	8. 100 %	1 tahun
	9. Kecepatan waktu verifikasi pembayaran maksimal 2 hari	9. 100%	1 tahun
	10. Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban BLUD maksimal 1 hari	10. 100 %	1 tahun
	11. Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban SKPD maksimal 1 hari	11. 100 %	1 tahun
	12. Kecepatan waktu verifikasi SPP (Surat Permintaan Pembayaran) maksimal 60 menit	12. 100 %	1 tahun
	13. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	13. ≤ 2 jam	2 tahun
	14. Kecepatan waktu penyelesaian pembayaran pelayanan rawat inap	14. ≤ 15 menit	2 tahun
	15. Kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga	15. ≤ 15 menit	2 tahun

		16. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	16. 100 %	1 tahun
		17. Ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD kepada rekanan setelah berkas tervefikasi maksimal 2 hari.	17. $\geq 90\%$	1 tahun
		18. Ketepatan waktu pembayaran Ganti Uang (GU) pengadaan barang/jasa anggaran SKPD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari	18. $\geq 90\%$	1 tahun
		19. Ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil maksimal 3 hari	19. $\geq 90\%$	1 tahun
		20. Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari.	20. $\geq 90\%$	1 tahun
		21. Ketepatan waktu pembuatan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP) Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari	21. $\geq 90\%$	1 tahun
		22. Ketepatan waktu pembuatan rincian Jasa Pelayanan maksimal 2 hari	22. $\geq 90\%$	1 tahun
		23. Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD maksimal 2 hari.	23. $\geq 90\%$	1 tahun
		24. Ketepatan waktu penyusunan anggaran	24. 100%	1 tahun

		kebutuhan seluruh unit kerja.		
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	1. 24 jam	1 tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di rumah sakit	2. ≤ 30 menit	2 tahun
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan Standar waktu : untuk wilayah <ul style="list-style-type: none"> • kecamatan Jebres < 60 menit, • untuk wilayah diluar Kecamatan Jebres dalam wilayah Kota Surakarta < 90 menit 	3. ≥ 80 %	1 tahun
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	1 tahun
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1. ≥ 80 %	2 tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100 %	3 tahun
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	3. 100 %	2 tahun
20	a. Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100 %	5 tahun
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	2. 100 %	5 tahun

	b. Pelayanan CSSD	1. Mutu Sterilisasi Instrumen, Linen dan Bahan Lain	1. 100 %	5 tahun
		2. Ketepatan waktu sterilisasi bahan dan alat.	2. 100 %	5 tahun
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih	1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	1 tahun
		2. Tersedia APD di setiap instalasi	2. 75 %	1 tahun
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAIs (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter).	3. 75 %	1 tahun
22	Instalasi Ginjal Hipertensi	1. Pemberi pelayanan dialisis yang bersertifikat Hemodialisis	1. $\geq 80\%$	1 tahun
		2. Kepuasan pelanggan ruang dialisis	2. $\geq 80\%$	1 tahun
23	Instalasi Pengelolaan Aset Tetap	1. Ketepatan Pelaporan mutasi aset tetap	1. $\geq 90\%$	2 tahun
		2. Ketertiban Inventarisasi aset di setiap Ruangan (KIR)	2. $\geq 90\%$	2 tahun
24	Instalasi Pengelola Data Elektronik	<i>Response time</i> pelayanan pemeliharaan perlengkapan computer instalasi pengelola data elektronik kurang dari 30 menit	$\geq 85\%$	1 tahun
25	Pelayanan Radioterapi	1. Overall Treatment Time (OTT)	1. $\geq 95\%$	2 tahun
		2. Interval waktu Brakhiterapi	2. 100 %	2 tahun

7

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD Dr. MOEWARDI

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Indikator	:	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	:	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap 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 Analisis	:	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. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS

Indikator	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang

4

		kegawatdaruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada Dawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Indikator	:	Ketersediaan tim penanggulanagan 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 Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	satu tim
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Indikator	:	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di Gawat Darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisis	:	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 (minimal n = 50)
Sumber Data	:	Sample
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darura
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥ 70 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

Indikator	:	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien Datang di Gawat Darurat
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan
Periode Analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 2 perseribu
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

Indikator	:	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
Dimensi Mutu	:	Akses dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiga bulan
Periode Analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Indikator	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk Rumah Sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan spesial privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan dan kepala instalasi paviliun cendana

2. Ketersediaan Pelayanan

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan

		spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari Rumah Sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis - jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat jalan
Standar	:	<ul style="list-style-type: none"> a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah e. Klinik Jantung f. Klinik Paru g. Klinik Anestesi h. Klinik Saraf i. Klinik Kulit Kelamin, j. Klinik Jiwa, k. Klinik Rehabilitasi Medik, l. Klinik Gigi, m. Klinik VCT, n. Klinik Nyeri, o. Klinik THT, p. Klinik Radioterapi q. Klinik Geriatri, r. Klinik Mata, s. Klinik Pojok DOTS, t. Klinik Akupunctur, u. Medikal Check Up, v. Klinik Infertilitas. w. klinik paviliun
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Kepala Instalasi Paviliun Cendana

3. Jam bukapelayanan

Indikator	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 14.00 setiap hari kerja kecuali jum'at jam 08.00 s/d 11.00

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah 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	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Kepala Instalasi Paviliun Cendana

4. Waktu tunggu di rawat jalan

Indikator	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	:	Survey Pasien rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Kepala Instalasi Paviliun Cendana

5. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	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 Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei

Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Kepala Instalasi Paviliun Cendana

6. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB

Indikator	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	≥ 60%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim DOTS

b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	≥ 60%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim DOTS

A

7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Indikator	:	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 tuberculosi dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosi harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosi, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosi yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosi nasional, dan semua pasien yang tuberculosi yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap tiga bulan
Periode Analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim DOTS

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Indikator	:	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 bulan
Periode Analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan

Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Indikator	:	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 Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Indikator	:	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 Rumah Sakit yang diberikan tirah baring di Rumah Sakit. Untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat inap

Standar	:	Anak, Jiwa, Kebidanan, Rehabilitasi Medik, Penyakit Dalam, Bedah, Saraf, Gigi, Mata, Jantung, Paru, Kulit Kelamin, THT, Radioterapi, Anestesi.
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode Analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Indikator	:	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standard
Definisi Operasional	:	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit yang ditandai oleh rasa panas (kolor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 2 x 24 janselama dalam perawatan
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 dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Komite PPI

6. Kejadian Infeksi Nosokomial

Indikator	:	Angka kejadian infeksi nosocomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode Analisis	:	tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survei, laporan infeksi nosocomial
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

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

Indikator	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik 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, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Indikator	:	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

9. Kejadian pulang paksa

Indikator	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

10. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya 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 pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

11. Rawat Inap TB

a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Indikator	:	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	60%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua TIM DOTS

b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan

Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	60%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua TIM DOTS

IV. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Indikator	:	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 satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 2 hari
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian Kematian di meja operasi

Indikator	:	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kematian dimeja 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 dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien

Standar	:	$\leq 1 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya 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, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Indikator	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya 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, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah satu 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	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

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

Indikator	:	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah satu 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	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 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, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

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

Indikator	:	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 6 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

V. PELAYANAN PERSALINAN, KIA, PERINATOLOGI DAN KB

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Indikator	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia 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 eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani</p>

		dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah persalinan pada kalla II lebih dari 2 jam pada primigravida ; dan persalinan multigravida pada kalla II lebih dari 1 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber Data	:	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	:	Pendarahan $\leq 1\%$ pre-eklampsia $\leq 30\%$, sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim PONEK

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Indikator	:	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 terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim PONEK

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Indikator	:	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, dengan dokter umum dan bidan

		(perawat yang terlatih).
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 medik
Standar	:	Tersedia
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim PONEK

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Indikator	:	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 yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim PONEK

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Indikator	:	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
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Kelompok Staf Medis (KSM) Ilmu Kesehatan Anak

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Indikator	:	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan 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 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 20\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim PONEK

7. Keluarga Berencana

a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih

Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber Data	:	Rekam medik dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Kelompok Staf Medis (KSM) obstetri dan Ginekologi

b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih

Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber Data	:	Rekam medik dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Kelompok Staf Medis (KSM) Obstetri dan ginekologi

8. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Tim PONEK

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Indikator	:	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 keperawatan 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 dipindahkan dari ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 3\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif

2. Pemberi pelayanan Unit Intensif

Indikator	: Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	: Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis konsultan intensif careatau intensivis 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 konsultan intensif careatau intensivis dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	: Kepegawaian
Standar	: 100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	: Kepala Instalasi Perawatan Intensif

VII. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks

Indikator	: Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks
Dimensi Mutu	: Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	: Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks 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 foto toraks dalam satu bulan.
Denominator	: Jumlah pasien yang difoto toraks dalam bulan tersebut.
Sumber Data	: rekam medis
Standar	: \leq 3jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	: Kepala Instalasi Radiologi

2. pelaksana ekspertisi

Indikator	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	:	Kompetensi tehnis
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 dicantumkanannya 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 radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber Data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen

Indikator	:	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 radiology
Standar	:	$\leq 2\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	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 pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Radiologi

VIII. PELAYANAN LABORATORIUM

A. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.

Indikator	:	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 untuk pemeriksaan 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	:	≤ 140 menit (manual)
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik

2. Pelaksana ekspertisi

Indikator	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Patologi klinik
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.

Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah 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 lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	:	Register di instalasi laboratorium Patologi klinik
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala instalasi Patologi klinik

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

Indikator	:	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 medik
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Patologi klinik

4. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan

	:	laboratorium.
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 minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Patologi klinik

B. LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan di instalasi Patologi Anatomi

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan di instalasi Patologi Anatomi
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Ketepatan waktu pelayanan laboratorium patologi anatomi
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan Laboratorium patologi anatomi. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati. Standar waktu : <ul style="list-style-type: none"> • Histopatologi rutin 4x24 jam, • Sitologi rutin 2x24 jam, • Biopsy jarum 2 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan Histopatologi rutin lebih 4x24 jam, Sitologi rutin lebih 2x24 jam, Biopsi jarum lebih 2 jam
Denominator	:	Jumlah pemeriksaan Histopatologi rutin, Sitologi rutin, Biopsi jarum
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Patologi Anatomi

2. Pelaksana Ekspertisi dokter Sp. PA

Indikator	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium oleh dokter spesialis patologi anatomi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan

		laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi anatomi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium patologi anatomi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi anatomi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi anatomi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Registrasi di Instalasi Patologi Anatomi
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Laboratorium patologi anatomi

3. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan PA

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi anatomi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium patologi anatomi
Definisi Operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi anatomi adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang/ beban pada pasien yang bersangkutan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi anatomi dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium patologi anatomi dalam satu bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi patologi anatomi

4. Kualitas slide dengan pewarnaan HE

Indikator	:	Kualitas slide dengan pewarnaan HE
Dimensi Mutu	:	Keakuratan
Tujuan	:	Akurasi diagnosis
Definisi Operasional	:	Kualitas slide dengan pewarnaan HE gambaran yang hampir sempurna (optimal) secara mikroskopis dengan pengecatan HE

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah slide dengan pewarnaan HE yang kurang sempurna (optimal)
Denominator	:	Jumlah seluruh slide yang dilakukan pewarnaan HE
Sumber Data	:	Instalasi Patologi Anatomi
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Patologi Anatomi

C. LABORATORIUM MIKROBIOLOGI KLINIK

1. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Mikrobiologi Klinik

indikator	:	Pelaksana ekspertisi Dokter Sp.MK
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli mikrobiologi klinik untuk memastikan ketepatan hasil pemeriksaan
Definisi operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis mikrobiologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya saran dan tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik yang diverifikasi oleh dokter spesialis mikrobiologi klinik dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Lab. Mikrobiologi Klinik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Mikrobiologi Klinik

2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan mikroskopis maksimal 1x24 jam

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik untuk pemeriksaan mikroskopis maksimal 1x24 jam
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi

Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik yang dilaksanakan secara mikroskopis. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diverifikasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik untuk pemeriksaan mikroskopis maksimal 1x24 jam
Denominator	:	Jumlah seluruh spesimen yang diperiksa secara mikroskopis
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Mikrobiologi Klinik

3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi kultur dan uji kepekaan untuk semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion) maksimal 5x24 jam

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik kultur dan uji kepekaan untuk semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum, cairan serebrospinal, dan cairan amnion),maksimal 5 X 24 jam
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik yang dilaksanakan kultur dan uji kepekaan terhadap semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum, cairan serebrospinal, dan cairan amnion). Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diverifikasi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan

Numerator	:	Jumlah pemeriksaan kultur dan uji kepekaan untuk semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum, cairan serebrospinal, dan cairan amnion), dengan waktu tunggu hasil maksimal 5 X 24 jam
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan kultur dan uji kepekaan untuk semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum, cairan serebrospinal, dan cairan amnion).
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Mikrobiologi Klinik

4. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi untuk kultur dan uji kepekaan terhadap darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion maksimal 7x24 jam

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik untuk kultur dan uji kepekaan terhadap spesimen darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum, cairan serebrospinal, dan cairan amnion, maksimal 7x24 jam
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik yang dilaksanakan kultur dan uji kepekaan terhadap spesimen darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum, cairan serebrospinal, dan cairan amnion). Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemeriksaan kultur dan uji kepekaan untuk spesimen darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum, cairan serebrospinal, dan cairan amnion), dengan waktu tunggu hasil maksimal 7 X 24 jam
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan kultur dan uji kepekaan untuk spesimen darah, cairan pleura, cairan perkardial, cairan peritoneum,

		cairan serebrospinal, dan cairan amnion).
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Mikrobiologi Klinik

5. Prevalensi kepositifan hasil kultur darah untuk bakteriologi

Indikator	:	Prevalensi kepositifan hasil kultur darah
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik
Definisi operasional	:	Kepositifan hasil kultur darah adalah pemeriksaan hasil kultur dari spesimen darah yang menunjukkan pertumbuhan bakteri pathogen. Spesimen darah berasal dari pasien dengan sepsis.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemeriksaan kultur dari spesimen darah yang masuk ke lab. Mikrobiologi klinik RSDM yang menunjukkan hasil positif
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan kultur dari spesimen darah yang masuk ke Lab. Mikrobiologi Klinik RSDM
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 30%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Mikrobiologi Klinik

6. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium parasitologi dan mikologi klinik pada pemeriksaan langsung (non kultur ≤ 24 jam)

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium parasitologi & mikologi klinik pada pemeriksaan mikroskopis dan non kultur , maksimal 1x24 jam
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik pada pemeriksaan mikroskopis dan non kultur
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan parasitologi dan mikologi klinik yang dilaksanakan secara mikroskopis dan non kultur. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan

Numerator	:	Jumlah pasien yang diperiksa secara mikroskopis dan non kultur maksimal 1x24 jam yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa secara mikroskopis dan non kultur yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Mikrobiologi Klinik

7. Waktu tunggu hasil pelayanan parasitologi dan mikologi klinik melalui pemeriksaan kultur dan uji kepekaan maksimal 5x24 jam

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan pemeriksaan parasitologi & mikologi klinik melalui pemeriksaan kultur dan uji kepekaan maksimal 5x24 jam
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan pemeriksaan parasitologi dan mikologi Klinik pada pemeriksaan kultur
Definisi operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan pemeriksaan parasitologi & mikologi klinik melalui pemeriksaan kultur dan uji kepekaan tenggang waktu mulai dari pasien diambil sampel untuk pemeriksaan kultur sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang diperiksa kultur dan uji kepekaan maksimal 5 X 24 jam yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa kultur yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Mikrobiologi Klinik

IX. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan

Indikator	:	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 di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 50%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

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

3. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
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 minimal

	50)
Sumber Data	: Survei
Standar	: >80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	: Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

X. PELAYANAN FARMASI

1. Waktu tunggu pelayanan

a. Obat Jadi

Indikator	: 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 Pengumpul Data	: Kepala Instalasi Farmasi

b. Racikan

Indikator	: 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 Pengumpul Data	: Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat

Indikator	:	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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan pelanggan

Indikator	:	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 prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥80%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

Indikator	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan

Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sample 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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Farmasi

XI. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Indikator	:	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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Indikator	:	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 porsi 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 porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu

	:	bulan
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≤ 20%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisien
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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Gizi

XII. PELAYANAN BANK DARAH

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse

Indikator	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	:	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode 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	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik

2. Kejadian Reaksi transfuse

Indikator	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan 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	:	≤ 0,01%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik

XIII. PELAYANAN PASIEN MISKIN

1. Pelayanan terhadap pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah pasien pemegang kartu Indonesia Sehat (KIS) atau kartu BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dilayani Rumah Sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang datang ke Rumah Sakit dalam satu bulan.
Sumber Data	:	Register pasien
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Pengelolaan Pendapatan

XIV. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Indikator	:	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 < 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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik.

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Indikator	:	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang 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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, 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 medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode Analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber Data	:	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	:	Rerata \leq 10 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawa tinap

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode Analisis	:	Tiap 3 bulan

Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	:	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	Rerata \leq 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Rekam Medis

XV. PELAYANAN SANITASI

1. Baku mutu limbah cair

Indikator	:	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 ditolerir 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 Mikrobiologi 5000 / 100 ml
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Sanitasi

2. Pengelolaan limbah pada infeksius sesuai dengan aturan

Indikator	:	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 pada 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 <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Sanitasi

XVI. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

A. BAGIAN SEKRETARIAT

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

Indikator	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode 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 Pengumpul Data	:	Kepala Bagian Sekretariat

2. Waktu penyelesaian keluhan pelanggan ≤ 3 hari

Indikator	:	Waktu penyelesaian keluhan pelanggan 3 hari.
Dimensi Mutu	:	Efektivitas , efisiensi, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani keluhan pelanggan.
Definisi Operasional	:	Waktu penyelesaian keluhan pelanggan adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan keluhan pelanggan diterima sampai dengan petugas menangani keluhan tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah keluhan pelanggan yang ditangani kurang atau sama dengan 3 hari dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh keluhan pelanggan dalam satu bulan.
Sumber Data	:	Catatan laporan keluhan pelanggan.
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bagian Sekretariat.

B. BAGIAN PERENCANAAN

1. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Indikator	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah indikator indikator kinerja yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 tahun
Periode Analisis	:	3 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun

Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	:	Bagian Tata Usaha
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bagian Perencanaan

C. BAGIAN ORGANISASI DAN KEPEGAWAIAN

1. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Indikator	:	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	:	1 tahun
Periode Analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	:	SIM Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bagian Organisasi dan Kepegawaian

2. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala

Indikator	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai.
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan 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 diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.

Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Sumber Data	:	SIM Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bagian Organisasi dan Kepegawaian

D. BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

1. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

Indikator	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik diRumah Sakit ataupun di luar Rumah Sakit 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 per tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan di Rumah Sakit
Sumber Data	:	Sub Bagian Pendidikan dan Pelatihan
Standar	:	≥ 65%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian

E. BIDANG AKUNTANSI DAN VERIFIKASI

1. *Cost recovery* meningkat

Indikator	:	<i>Cost recovery</i> meningkat
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	<i>Cost recovery</i> 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 bagian kepegawaian
Standar	:	≥ 80%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Akuntansi dan Verifikasi

2. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan bulanan maksimal tgl. 10
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kecepatan
Tujuan	:	Memberikan kepastian bagi pihak lain kapan penyusunan laporan keuangan akan dilakukan
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyusunan keuangan adalah waktu yang diperlukan untuk melaporkan keuangan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah keterlambatan laporan keuangan
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan keuangan
Sumber Data	:	Catatan Bidang akuntansi dan verifikasi
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Akuntansi dan Verifikasi

3. Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban BLUD maksimal 1 hari

Indikator	:	Kecepatan waktu pemeriksaan Laporan Pertanggungjawaban BLUD maksimal 1 hari
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kecepatan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan verifikasi pemeriksaan Laporan pertanggung jawaban BLUD maksimal 1 hari
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu verifikasi dokumen pengadaan adalah waktu yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan Laporan pertanggung jawaban sesuai dengan batasan waktu yang ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif berkas yang diverifikasi dalam 1 hari
Denominator	:	Jumlah pemeriksaan Laporan pertanggung jawaban BLUD yang harus diperiksa dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Catatan Bidang akuntansi dan verifikasi
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Akuntansi dan Verifikasi

4. Kecepatan waktu verifikasi pembayaran maksimal 2 hari

Indikator	:	Kecepatan waktu verifikasi pembayaran maksimal 2 hari.
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan verifikasi pembayaran..
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu verifikasi pembayaran adalah waktu yang diperlukan untuk melakukan verifikasi pembayaran sesuai dengan batasan waktu yang ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif berkas yang harus diverifikasi maksimal 2 hari dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah berkas yang seharusnya diverifikasi dalam 1 bulan.
Sumber Data	:	Hasil pengamatan.
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Akuntansi dan Verifikasi.

5. Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban SKPD maksimal 1 hari

Indikator	:	Kecepatan waktu pemeriksaan Laporan Pertanggungjawaban SKPD maksimal 1 hari
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kecepatan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan verifikasi pemeriksaan Laporan Pertanggungjawaban SKPD maksimal 1 hari.
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu verifikasi dokumen pengadaan adalah waktu yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan Laporan Pertanggungjawaban SKPD sesuai dengan batasan waktu yang ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif berkas yang diverifikasi dalam 1 hari
Denominator	:	Jumlah pemeriksaan Laporan pertanggung jawaban SKPD yang harus diperiksa dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Catatan Bidang Akuntansi dan Verifikasi
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Akuntansi dan Verifikasi

6. Kecepatan waktu verifikasi SPP (Surat Permintaan Pembayaran) maksimal 60 menit

Indikator	:	Kecepatan waktu pemeriksaan dokumen SPP (Surat Permintaan Pembayaran) maksimal 60 Menit
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kecepatan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pemeriksaan SPP(Surat Permintaan Pembayaran)
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu verifikasi dokumen SPP (Surat Permintaan Pembayaran)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 Bulan
Periode Analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif dokumen SPP yang diverifikasi dibawah dan atau sama dengan 60 menit
Denominator	:	Jumlah dokumen SPP yang harus diverifikasi dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Catatan Bidang Akuntansi dan Verifikasi
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Akuntansi dan Verifikasi

F. BIDANG PENGELOLAAN PENDAPATAN

1. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Indikator	:	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
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Pengelolaan Pendapatan

2. Kecepatan waktu penyelesaian pembayaran pelayanan rawat inap

Indikator	:	Kecepatan waktu penyelesaian pembayaran rawat inap di kasir
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembayaran pasien rawat inap.
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu pembayaran pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien menghadap kasir rawat inap sampai dengan kuitansi pembayaran diterima oleh pihak pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pembayaran pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan.
Sumber Data	:	Hasil pengamatan.
Standar	:	≤ 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Pengelolaan Pendapatan.

3. Kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga

Indikator	:	Kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga.
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga (kerja sama, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Non Asuransi dan Jamkesda) adalah waktu sejak tutup bulan pelayanan sampai dengan surat tagihan piutang biaya pelayanan dikirim oleh Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap bulan
Periode Analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga yang diamati dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah total tagihan yang diamati dalam 1 bulan.
Sumber Data	:	Hasil pengamatan.
Standar	:	≤ 15 hari
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Pengelolaan Pendapatan.

G. BIDANG ANGGARAN DAN PERBENDAHARAAN

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

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	:	Efektivitas,
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 6 bulan
Periode Analisis	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan ketepatan pemberian insentif
Denominator	:	6 bulan
Sumber Data	:	Catatan di bagian keuangan
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

2. Ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari.

Indikator	:	Ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari.
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Menjamin ketepatan pembayaran kepada rekanan.
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD kepada rekanan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah dokumen pengeluaran yang sudah terbayar dalam 2 hari
Denominator	:	Jumlah dokumen pengeluaran yang sudah terverifikasi
Sumber Data	:	Laporan Bendahara
Standar	:	≥ 90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

3. Ketepatan waktu pembayaran Ganti Uang (GU) pengadaan barang/jasa anggaran SKPD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari

Indikator	:	Ketepatan waktu pembayaran Ganti Uang (GU) pengadaan barang/jasa anggaran SKPD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari.
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Menjamin ketepatan pembayaran kepada rekanan.
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu pembayaran Ganti Uang (GU) pengadaan barang/jasa anggaran SKPD kepada rekanan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah dokumen pengeluaran yang sudah terbayar dalam 2 hari
Denominator	:	Jumlah dokumen pengeluaran yang sudah terverifikasi
Sumber Data	:	Laporan Bendahara
Standar	:	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

4. Ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil maksimal 3 hari

Indikator	:	Ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil maksimal 3 hari
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Menjamin ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil.
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan kredit ke Bank, yang selesai dalam 3 hari.
Denominator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan kredit ke Bank.
Sumber Data	:	Laporan Bendahara
Standar	:	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

5. Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari.

Indikator	:	Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Menjamin ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil.
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan pembuatan rincian gaji, yang selesai dalam 2 hari.
Denominator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan pembuatan rincian gaji.
Sumber Data	:	Laporan Bendahara
Standar	:	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

6. Ketepatan waktu pembuatan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP) Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari

Indikator	:	Ketepatan waktu pembuatan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP) Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari.
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Menjamin ketepatan waktu pembuatan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP) Pegawai Negeri Sipil.
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu pembuatan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP) Pegawai Negeri Sipil.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP), yang selesai dalam 2 hari.
Denominator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP).
Sumber Data	:	Laporan Bendahara
Standar	:	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

7. Ketepatan waktu pembuatan rincian Jasa Pelayanan maksimal 2 hari

Indikator	:	Ketepatan waktu pembuatan rincian Jasa Pelayanan maksimal 2 hari
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Menjamin ketepatan waktu pembuatan rincian Jasa Pelayanan.
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu pembuatan rincian Jasa Pelayanan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan rincian Jasa Pelayanan, yang selesai dalam 2 hari.
Denominator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan rincian Jasa Pelayanan.
Sumber Data	:	Laporan Bendahara
Standar	:	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

8. Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD maksimal 2 hari.

Indikator	:	Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD maksimal 2 hari
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Menjamin ketepatan waktu pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD .
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai tenaga harian BLUD .
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD , yang selesai dalam 2 hari.
Denominator	:	Jumlah pegawai yang mengajukan pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD
Sumber Data	:	Laporan Bendahara
Standar	:	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

9. Ketepatan waktu penyusunan anggaran kebutuhan seluruh unit kerja.

Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan anggaran kebutuhan seluruh unit kerja
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Terjadwalnya ketepatan waktu dalam penyusunan anggaran.
Definisi Operasional	:	Merupakan indikator pengukuran ketepatan waktu penyusunan anggaran.

Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 bulan
Periode Analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah kegiatan perencanaan dalam penganggaran yang sudah dikerjakan.
Denominator	:	Jumlah kegiatan perencanaan dalam penganggaran.
Sumber Data	:	Laporan Staf Pengadministrasi Keuangan
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

XVII. PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah

Indikator	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Instalasi gawat darurat
Standar	:	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit

Indikator	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan

Periode 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 Pengumpul Data	:	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Standar waktu :
untuk wilayah kecamatan Jebres < 60 menit, untuk wilayah diluar Kecamatan Jebres dalam wilayah Kota Surakarta < 90 menit

Indikator	:	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	:	Response time pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan sampai dengan kedatangan ambulance sesuai standar waktu. Standar waktu yang dimaksud dalam indikator ini adalah : untuk wilayah kecamatan Jebres < 60 menit, untuk wilayah diluar Kecamatan Jebres dalam wilayah Kota Surakarta < 90 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah pelayanan ambulance oleh asyarakat yang membutuhkan sesuai standar waktu
Denominator	:	Jumlah seluruh pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Sumber Data	:	Buku catatan penggunaan ambulance
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Penanggungjawab ambulance

XVIII. PELAYANAN KEDOKTERAN FORENSIK & MEDIKO LEGAL

1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah

Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.

Definisi Operasional	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati
Denominator	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Kedokteran Forensik

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Indikator	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode 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 Pengumpul Data	:	Kepala IPFNM dan Kepala IPFM

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Indikator	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan 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 Pengumpul Data	:	Kepala IPFNM dan Kepala IPFM

3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Indikator	:	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) atau lembaga pengamanan fasilitas kesehatan lain.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 tahun
Periode Analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	:	Buku register
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala IPFM

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Indikator	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang sebenarnya ada pada hari sampling tersebut

Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Indikator	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen 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 Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

3. Mutu Sterilisasi Instrumen, Linen dan Bahan Lain

Indikator	:	Mutu Sterilisasi Instrumen, Linen dan Bahan Lain
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	:	Agar mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan dapat dipertanggung jawabkan
Definisi Operasional	:	Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan adalah angka yang menunjukkan sterilisasi instrumen, linen dan bahan yang disterilkan oleh CSSD pada periode waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah instrumen, linen dan bahan yang steril pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh instrumen, linen dan bahan yang disterilkan pada periode waktu tertentu
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

4. Ketepatan waktu sterilisasi bahan dan alat

Indikator	:	Ketepatan waktu sterilisasi bahan dan alat
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan Efektivitas, timeliness
Tujuan	:	Agar mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan dapat dipertanggungjawabkan

Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu sterilisasi bahan dan alat adalah angka yang menunjukkan ketepatan waktu sterilisasi bahan dan alat sehingga sterilitas instrumen, linen dan bahan yang disterikann oleh CSSD dapat dipertanggungjawabkan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah instrumen, linen dan bahan lain yang tepat waktu pada periode tertentu
Denominator	:	Jumlah proses sterilisasi pada periode tertentu
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Ada anggota tim PPI yang terlatih

Indikator	:	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	:	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Tiap 3 bulan
Periode Analisis	:	Tiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	75%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Komite PPI

2. Tersedia APD di setiap instalasi

Indikator	:	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	:	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap hari
Periode Analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD

Denominator	:	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	75%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Komite PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAIs (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap hari
Periode Analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah ruang perawatan/tindakan yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah ruang perawatan/tindakan yang tersedia
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	75%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ketua Komite PPI

XXII. INSTALASI GINJAL HIPERTENSI

1. Pemberi pelayanan dialisis yang bersertifikat Hemodialisis

Indikator	:	Pemberi pelayanan dialisis yang bersertifikat Hemodialisis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan dialisis oleh tenaga perawat yang kompeten dalam bidang dialisis
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten di ruang dialisis adalah tenaga perawat dengan pendidikan minimal D3 Keperawatan yang sudah memiliki sertifikat Hemodialisis dan CAPD
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode Analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga perawat yang bersertifikat Hemodialisis dan CAPD
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga perawat yang memberikan pelayanan dialisis
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ka. Instalasi Ginjal Hipertensi

2. Kepuasan pelanggan ruang dialisis

Indikator	:	Kepuasan pelanggan ruang dialisis
Dimensi Mutu	:	Kualitas pelayanan
Tujuan	:	Untuk mengetahui kualitas keseluruhan pelayanan di ruang dialisis
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan ruang dialisis adalah persentase dari angka kepuasan pasien dialisis terhadap pelayanan dialisis (dari faktor keamanan, pendaftaran, perawat, dokter dan kebersihan ruangan)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode Analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei dalam 1 bulan (n = 30)
Sumber Data	:	Instalasi Ginjal Hipertensi
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Ka. Instalasi Ginjal Hipertensi

XXIII. INSTALASI PENGELOLAAN ASET TETAP

1. Ketepatan Pelaporan mutasi aset tetap

Indikator	:	Ketepatan Pelaporan mutasi aset tetap
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi.
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	:	Pelaporan aset adalah pencatatan dan pelaporan semua aset Rumah Sakit kepada Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 bulan
Periode Analisis	:	tahunan
Numerator	:	Laporan aset yang lengkap semesteran dan tahunan
Denominator	:	Jumlah laporan aset yang seharusnya disusun dalam semesteran, dan tahunan.
Sumber Data	:	Berita acara serah terima barang dan kwitansi pengadaan yang bersumber dari belanja modal
Standar	:	≥ 90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Pengelolaan Aset Tetap

2. Ketertiban inventarisasi aset di setiap ruangan (KIR)

Indikator	:	Ketertiban inventarisasi aset di setiap ruangan (KIR).
Dimensi Mutu	:	Ketepatan, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	:	Mencegah kehilangan aset.

Definisi Operasional	:	Ketertiban inventaris asset di setiap ruangan adalah inventarisasi semua asset yang ada di seluruh ruangan.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap 1 tahun
Periode Analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh jenis dan jumlah serta komponen pencatatan aset yang lain yang harus tercatat di seluruh ruangan Rumah Sakit.
Denominator	:	Jumlah seluruh ruangan di Rumah Sakit.
Sumber Data	:	Buku catatan inventaris barang lama (KIR lama) dan catatan distribusi barang tahun terakhir
Standar	:	≥ 90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Pengelolaan Aset Tetap

XXIV. INSTALASI PENGELOLA DATA ELEKTRONIK

1. Response time pelayanan pemeliharaan perlengkapan computer instalasi pengelola data elektronik kurang dari 30 menit

Indikator	:	Response time pelayanan pemeliharaan perlengkapan komputer instalasi pengelola data elektronik kurang dari 30 menit
Dimensi Mutu	:	kenyamanan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	untuk menjamin kelancaran pelayanan
Definisi Operasional	:	Response Time Pelayanan Pemeliharaan Perlengkapan Komputer adalah waktu yang dibutuhkan petugas IPDE dalam menanggapi laporan/aduan dari Unit Kerja/Bagian/Instalasi sampai di lokasi kurang dari 30 menit. Perlengkapan Komputer berupa : 1. Komputer 2. Monitor 3. Printer 4. UPS computer
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 bulan
Periode Analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan/aduan pemeliharaan perlengkapan komputer dari Unit Kerja/Bagian/Instalasi dengan respon time kedatangan petugas kurang dari 30 menit dalam periode yang sama
Denominator	:	Jumlah total laporan/aduan pemeliharaan perlengkapan komputer dari Unit Kerja/Bagian/Instalasi dalam periode yang sama
Sumber Data	:	Database Sistem Aplikasi IPDE
Standar	:	≥ 85 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Pengelola Data Elektronik

XXV. PELAYANAN RADIOTERAPI

1. Overall Treatment Time (OTT)

Indikator	:	Overall Treatment Time (OTT)
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi lama waktu radiasi eksterna
Definisi Operasional	:	Overall treatment time (OTT) adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan 1 paket radiasi (mulai radiasi pertama hingga selesai) sesuai perencanaannya dengan toleransi perpanjangan waktu 1 minggu. Satu paket radiasi adalah banyaknya dosis radiasi yang harus diterima pasien yang diberikan secara fraksinasi dalam jangka waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan
Periode Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang selesai menjalani radiasi eksterna tepat waktu.
Denominator	:	Jumlah total pasien yang selesai radiasi eksterna dalam periode tertentu.
Sumber Data	:	Rekam medic
Standar	:	$\geq 95 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Radioterapi

2. Interval waktu Brakhiterapi

Indikator	:	Interval waktu Brakhiterapi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan keakuratan pelayanan radioterapi dalam memberikan pelayanan brakhiterapi.
Definisi Operasional	:	Interval waktu Brakhiterapi adalah waktu antara dua brakhiterapi tidak lebih dari 2 (dua) minggu.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Setiap bulan

4

Periode Analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang menjalani dua brakhiterapi dengan interval kurang dari dua minggu.
Denominator	:	Jumlah total pasien yang telah menjalani dua brakhiterapi dalam periode tertentu.
Sumber Data	:	Rekam medic
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Instalasi Radioterapi

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

LAMPIRAN II
 PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
 NOMOR 22 TAHUN 2017
 TENTANG
 PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT JIWA
 DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR/NILAI, RENCANA BATAS WAKTU
 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100 %	1 Tahun
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam	100 %	1 Tahun
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS :	100 %	2 Tahun
		• Dokter	100 %	2 Tahun
		• Perawat		
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat ≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	100 %	1 Tahun
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	2 Tahun
		7. Kematian pasien < 24 Jam	≤ 2 ‰	3 Tahun
8.	Pasien jiwa dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam	100 %	1 Tahun	
		100 %	1 Tahun	
9.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	1 Tahun	
2.	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 %	1 Tahun

2. Pelaksanaan HD Rutin dengan Akses Vaskuler Permanen

Judul	:	Akses Vaskuler
Dimensi mutu	:	Outcome terapi
Tujuan	:	Akses vaskuler adalah pe
Definisi operasional	:	Pelaksanaan HD Rutin dengan Akses Vaskuler Permanen adalah Pasien yang dilakukan tindakan HD dengan melalui akses vaskuler permanen (AV Fistula) selama pasien mejalani HD rutin.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien HD rutin terpasan AV Fistula
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan HD rutin
Standar	:	≥80 %
Sumber data	:	Instalasi Dialisis
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Dialisis.

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

LAMPIRAN III
 PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
 NOMOR 22 TAHUN 2017
 TENTANG
 PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT JiWA
 DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR/NILAI, RENCANA BATAS WAKTU
 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM RSUD TUGUREJO

NO.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian	
		Indikator	Standar		
1.	Pelayanan IGD	1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	5 tahun
		2.	Jam Buka Pelayanan IGD	24 Jam	5 tahun
		3.	Pemberi Pelayanan IGD yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/ PPGD/ GELS/ ACLS/ ATLS	100%	5 tahun
		4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	5 tahun
		5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di IGD	≤ 5 menit setelah pasien datang	5 tahun
		6.	Kepuasan pelanggan	≥ 70%	5 tahun
		7.	Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat	≤ 2 Per seribu (atau pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	5 tahun
		8.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	5 tahun
2.	Pelayanan Rawat Jalan	1.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100%	5 tahun
		2.	Ketersediaan * pelayanan rawat jalan	Klinik Anak, Klinik Penyakit	5 tahun

Frekuensi Pengumpulan	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosocomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan factor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab	Tim PPI Rumah Sakit

Keterangan:

- ILO : Infeksi Luka Operasi
 ILI : Infeksi Luka Infus
 VAP : Ventilator Associated Pneumonie
 ISK : Infeksi Saluran Kemih

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

LAMPIRAN IV
 PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
 NOMOR 22 TAHUN 2017
 TENTANG
 PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT Jiwa
 DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR/NILAI, RENCANA BATAS WAKTU
 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELET

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100 %	4 Tahun
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	1 Tahun
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS • Dokter • Perawat	100 %	2 Tahun
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	4 Tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat darurat	≤5 menit setelah pasien datang	1 Tahun
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	4 Tahun
		7. Kematian pasien < 24 Jam	≤ 2 ‰	4 Tahun
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	1 Tahun
		9. Angka Keterlambatan konsulen merespons pasien > 2 jam	≤10 %	2 Tahun
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	4 Tahun
		2. Ketersediaan Pelayanan	1. Klinik Penyakit Dalam 2. Klinik Anak 3. Klinik Obgyn	4 Tahun

Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan CSSD
Definisi operasional	bahan atau peralatan yang akan digunakan harus bebas dari mikroorganisme yang tidak diinginkan dengan cara mematikan semua organisme yang terdapat pada atau didalam alat dan bahan tersebut dengan suatu metode standar (autoclav)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah sample alat bahan CSSD yang dilakukan uji angka kuman
Denominator	Jumlah alat dan bahan yang disterilisasi oleh CSSD
Sumber data	Laporan angka kuman alat dan bahan yang tersterilisasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

LAMPIRAN V
 PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
 NOMOR **22 TAHUN 2017**
 TENTANG
 PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT Jiwa
 DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR/NILAI, RENCANA BATAS WAKTU
 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		JUDUL	NILAI	
1	2	3	4	5
1	a. Pelayanan Gawat Darurat Fisik	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam. 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/AL S 4. Waktu tanggap pelayanan dokter di Instalasi Gawat Darurat \leq 5 menit. 5. Kepuasan pelanggan. 6. Kematian pasien <24 jam \leq 2perseribu	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. \geq 70% 6. 100%	1. 2 tahun 2. 2 tahun 3. 3 tahun 4. 2 tahun 5. 2 tahun 6. 2 tahun
	b. Pelayanan Gawat Darurat Psikiatri	1. Pasien dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 jam. 2. Tidak adanya pasien yang di harus bayar uang muka.	1. 100% 2. 100%	1. 2 tahun 2. 2 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik : Dokter Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> a. Anak Remaja b. Napza * c. Gangguan Psikotik 	1. 100 % 2. 100 %	1. 3 tahun 2. 5 tahun

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar / target	75 %
Penanggung Jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ASK : Infeksi Saluran Kemih

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

LAMPIRAN VI
 PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
 NOMOR 22 TAHUN 2017
 TENTANG
 PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT Jiwa
 DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR/NILAI, RENCANA BATAS WAKTU
 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM RSJD SURAKARTA

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR		
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	1 Tahun
		2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	1 Tahun
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	2 Tahun
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	1 Tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani setelah pasien datang	1 Tahun
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	1 Tahun
		7. Kematian Pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	1 Tahun
		8. Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam	100%	1 Tahun
		9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	1 Tahun
10	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	1 Tahun
		2. Ketersediaan Pelayanan di Rawat Jalan	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik	1 Tahun

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS.
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK).
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan.
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

LAMPIRAN VII
 PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
 NOMOR 22 TAHUN 2017
 TENTANG
 PENERAPAN DAN RENCANA PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DAN RUMAH SAKIT JiWA
 DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR/NILAI, RENCANA BATAS WAKTU
 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM RSJD Dr. RM. SOEDJARWADI

NO	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%	1 tahun
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	1 tahun
		3. Pemberi Pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	1 tahun
		4. Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	Satu tim	1 tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	1 tahun
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 70%	3 tahun
		7. Kematian pasien < 24 jam	≤ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap)	3 tahun
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	1 tahun
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% Dokter spesialis	1 tahun
		2. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik anak b. Klinik penyakit dalam	1 tahun
		3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik	1 tahun

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial

1.	Indikator	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
2.	Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
3.	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
4.	Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan factor resiko infeksi nosocomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
5.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
6.	Periode analisa	1 bulan
7.	Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
8.	Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
9.	Sumber data	Survey
10.	Standar	100%
11.	Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI RS

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO