



**PERATURAN BUPATI BREBES
NOMOR 41 TAHUN 2023
TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IR.SOEKARNO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI BREBES,**

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan memberikan pelayanan yang bermutu, perlu Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah dan Pasal 6 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, perlu Standar pelayanan minimal yang diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan

Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Ir. Soekarno;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dan Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
 2. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 3. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6178);
 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IR. SOEKARNO.



BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Brebes.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Brebes.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Ir Soekarno yang selanjutnya disingkat RSUD Ir. Soekarno adalah Unit Organisasi Bersifat Khusus yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Ir Soekarno.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD Ir. Soekarno yaitu segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
8. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
9. Program adalah penjabaran kebijakan Perangkat Daerah dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan tugas dan

fungsi.



Kab. Brebes

Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

10. Kegiatan adalah serangkaian aktivitas pembangunan yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah untuk menghasilkan keluaran dalam rangka mencapai hasil suatu program.
11. Kinerja adalah keluaran/hasil dari Kegiatan/Program yang akan atau telah dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas yang terukur.
12. Hari adalah hari kerja.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSUD Ir. Soekarno.
- (2) Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini untuk:
 - a. menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD Ir. Soekarno dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan
 - b. memberikan kepastian hukum bagi RSUD Ir. Soekarno dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat.

BAB II

RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini, meliputi:

- a. Jenis Pelayanan;
- b. Indikator dan SPM;
- c. Target dan Pencapaian SPM;
- d. Evaluasi;
- e. Pembinaan; dan
- f. Pengawasan dan Pelaporan.

BAB III JENIS PELAYANAN

Pasal 4

Jenis pelayanan RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, yang disediakan meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan kebidanan;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium;
- i. pelayanan farmasi;
- j. pelayanan gizi;
- k. pelayanan rekam medik;
- l. pelayanan pengelolaan limbah;
- m. pelayanan administrasi manajemen;
- n. pelayanan ambulance/kereta jenazah;
- o. pelayanan pemulasaran jenazah;
- p. pelayanan sterilisasi/*(Central Sterile Supply Department)*;
dan
- q. pelayanan pencegahan dan penanggulangan infeksi.

BAB IV INDIKATOR DAN SPM

Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh RSUD Ir. Soekarno.

- (3) Indikator dan standar pelayanan RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan oleh RSUD Ir. Soekarno untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (4) Pejabat Struktural di lingkungan RSUD Ir. Soekarno bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V

TARGET DAN PENCAPAIAN SPM

Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 memuat target pencapaian SPM.
- (2) Target pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan RSUD Ir. Soekarno yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumber daya yang ada, serta memperhatikan target SPM Nasional.
- (3) Penyusunan target pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) guna menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan agar dapat menjadi dasar dalam melakukan evaluasi.
- (4) Target pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VI EVALUASI

Pasal 7

- (1) Capaian SPM RSUD Ir. Soekarno harus dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur RSUD Ir. Soekarno.
- (2) Evaluasi dan perbaikan SPM RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disampaikan kepada Bupati guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD Ir. Soekarno.

BAB VII PEMBINAAN

Pasal 8

- (1) Bupati harus menyelenggarakan pembinaan penerapan SPM RSUD Ir. Soekarno.
- (2) Pembinaan penerapan SPM RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Guna mendukung pembinaan penerapan SPM RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur harus memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Ir. Soekarno sesuai dengan SPM.
- (4) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan

- d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

BAB VIII
PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Pasal 9

- (1) Bupati harus menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM RSUD Ir. Soekarno.
- (2) Pengawasan penerapan SPM RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah.

Pasal 10

- (1) Direktur RSUD Ir. Soekarno menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSUD Ir. Soekarno setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Ir. Soekarno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD Ir. Soekarno.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.



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

Ditetapkan di Brebes
pada tanggal
Pj. BUPATI BREBES,

URIP SIHABUDIN



LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI BREBES
NOMOR TAHUN 2023
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH IR. SOEKARNO

INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IR. SOEKARNO

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
------------	------------------------	------------------	----------------

1.	Pelayanan Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 2. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTCLS/ACLS/PPGD 4. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 5. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat 6. Kematian pasien < 24 (dua puluh empat) Jam 7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 (dua puluh empat) Jam 2. 100% (seratus persen) 3. 100% (seratus persen) 4. ≤ 5 (lima) menit terlayani, setelah pasien datang 5. 70% (tujuh puluh persen) 6. ≤ 2 (dua) per seribu 7. 100% (seratus persen)
----	-------------------------	---	---

		muka	
		8. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	8. 2 (dua) tim
2.	Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan 3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (6 jam) 4. Waktu tunggu di rawat jalan < 60 menit 5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan 6. Penegakan Diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB 7. Pencatatan dan pelaporan program pengendalian TB 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % (seratus persen) Dokter Spesialis 2. Klinik MCU dan Spesialis 3. 100% (seratus persen) (6 Jam) 4. 100% (seratus persen) 5. 90 % (sembilan puluh persen) 6. 100% (seratus persen) 7. 100% (seratus persen)

3.	Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis b. Dokter Umum c. Perawat minimal pendidikan D3 2. 100 % (seratus persen) dokter spesialis
----	------------	--	---

		<p>3. Ketersediaan pelayanan rawat inap</p> <p>4. Jam Visite Dokter Spesialis</p> <p>5. Kejadian infeksi Decubitus</p> <p>6. Kejadian Infeksi Phlebitis</p> <p>7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian</p> <p>8. Kematian pasien > 48 Jam</p> <p>9. Kejadian pulang paksa</p> <p>10. Kepuasan pelanggan</p>	<p>3. Spesialis</p> <p>4. 06.00 s/d 14.00 setiap hari kerja</p> <p>5. maksimal $\leq 1,5$ (satu koma lima) Perseribu</p> <p>6. maksimal $\leq 1,5$ (satu koma lima) Perseribu</p> <p>7. 100 % (seratus persen)</p> <p>8. 0,24% (nol koma dua puluh empat persen)</p> <p>9. maksimal 5% (lima persen)</p> <p>10. 90% (sembilan puluh persen)</p>
--	--	---	---

4.	Pelayanan Bedah (Operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 (dua) hari 2. ≤ 1 % (satu persen) 3. 100 % (seratus persen) 4. 100 % (seratus persen) 5. 100 % (seratus persen) 6. 100 % (seratus persen) 7. ≤6 % (enam persen)
5.	Kebidanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ol style="list-style-type: none"> a. Perdarahan 10% (sepuluh persen) b. Pre-eklampsia max 15% (lima belas persen) c. Sepsis mas 0,2% (nol koma dua persen) 2. <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter Sp. OG b. Dokter Umum Terlatih c. Bidan

		3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	3. Dokter Sp. OG
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan	4. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An

		tindakan operasi	
6.	Intensive	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rata-rata pasien yang kembali ke Perawatan Intensive < 3 hari 2. Pemberi pelayanan Unit Perawatan Intensive 3. Tersedianya <ol style="list-style-type: none"> a. Ventilator b. Bed Site Monitor c. Syring Pump d. Infus Pump e. DC Shock f. ECG Rekam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. $\leq 3\%$ (tiga persen) 2. a. Dr Penanggung jawab Dr Sp An. Purna waktu b. Perawat Pelaksana DIII Kep. Dg sertifikat ICU 3 a. 1 bed 1 ventilator b. 1 bed 1 bed site monitor c. minimal 3 syring pump setiap bed d. minimal 3 infus pump setiap bed e. ada f. ada
7.	Pelayanan Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. maksimal 3 (tiga) jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Maksimal kerusakan foto 2 % (dua persen) 4. 80 % (delapan puluh persen)

8.	Pelayanan laboratorium	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Rawat Jalan 2. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 3. Kepuasan pelanggan 4. Tidak ada sampel yang tertukar identitasnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maksimal 40 (empat puluh) menit 2. 100 % (seratus persen) 3. ≥ 80 % (delapan puluh persen) 4. 100% (seratus persen)
9.	Pelayanan farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi 2. Waktu tunggu pelayanan Obat Racikan 3. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penggunaan obat sesuai formularium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30 (tiga puluh) menit 2. 60 (enam puluh) menit 3. 100 % (seratus persen) 3. 75 % (tujuh puluh lima persen) 4. 95 % (sembilan puluh lima persen)

10.	Pelayanan gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet 4. Keamanan sajian makanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % (seratus persen) 2. ≤20 % (dua persen) 3. 100 % (seratus persen) 4. 100% (seratus persen)
-----	----------------	--	---

12.	Pelayanan administrasi dan manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Kecepatan waktu menangani permintaan barang 7. Kecepatan waktu penanganan kerusakan hardware/jaringan 8. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % (seratus persen) 2. 100 % (seratus persen) 3. 100 % (seratus persen) 4. 100 % (seratus persen) 5. 60 % (enam puluh persen) 6. Max 15 (lima belas) menit 7. Max 15 (lima belas) menit 8. 100% (seratus persen)
-----	--------------------------------------	--	---

		<p>9. Cost recovery</p> <p>10. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</p>	<p>9. 40 % (empat puluh persen)</p> <p>10. Tanggal 10 (sepuluh)setiap bulan berikutnya</p>
13.	Pelayanan ambulance	<p>1. Waktu pelayanan ambulance /Kereta Jenazah</p> <p>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta Jenazah</p> <p>3. Ketersediaan pelayanan Ambulance di Rumah Sakit</p> <p>4. Ketersediaan Kereta Jenazah di Rumah Sakit</p>	<p>1. 24 (dua puluh empat) Jam</p> <p>2. 30 (tiga puluh) menit</p> <p>3. 100% (seratus persen)</p> <p>4. 100% (seratus persen)</p>
14	Rekam Medik	<p>1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</p> <p>2. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas</p> <p>3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</p> <p>4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</p>	<p>1. 100 % (seratus persen)</p> <p>2. 100 % (seratus persen)</p> <p>3. Maksimal 10 (sepuluh) menit</p> <p>4. Maksimal 15 (lima belas) menit</p>

15.	Pemulasaran Jenazah	1. Kecepatan pelayanan pemulasaran jenazah	1. 2 (dua) jam
16	Pelayanan Sterilisasi Sentral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan mutu hasil sterilisasi 2. Ketepatan waktu proses sterilisasi 3. Proses Cuci Ulang 4. Tersedianya sarana dan prasarana / mesin cuci (standar 4 kali loading perhari) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % (seratus persen) 2. 100% (seratus persen) 3. ≤3% (tiga persen) 4. ≤4 (empat persen)
17.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 75% (tujuh puluh lima persen) 2. 75% (tujuh puluh lima persen)

Pj. BUPATI BREBES,

URIP SIHABUDIN

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI BREBES
NOMOR TAHUN 2023
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
IR. SOEKARNO

URAIAN INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IR. SOEKARNO

Pelayanan Gawat Darurat

1.

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 (dua puluh empat) Jam
Definisi Operasional	Pelayanan Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan 24 (dua puluh empat) Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Registrasi pasien IGD
Standar	24 (dua puluh empat) Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.

Judul	Kemampuan menangani Life Saving di IGD
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat terhadap anak dan dewasa
Definisi Operasional	Live Saving adalah tindakan penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Air Way, Breath dan Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan sekali
Periode Analisa	3 (tiga) Bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan Penanganan Live Saving di IGD
Sumber data	Rekam Medis IGD
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3.

Judul	Pemberian Pelayanan Kegawat Daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
--------	--

Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) Bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	- Kepala Instalasi Gawat Darurat - Kepala Bidang Mutu dan Pendidikan

4.

Judul	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Mutu
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali

Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
-----------	--

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 (lima) menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5.

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	70 % (tujuh puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6.

Judul	Kematian Pasien \leq 24 (dua puluh empat) jam di Gawat Darurat
-------	--



Kab. Brebes

Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 (dua puluh empat) jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 (dua puluh empat) jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 (dua puluh empat) jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat

7.

Judul	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka
Dimensi Mutu	Kemudahan Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang cepat tanpa administrasi yang sulit
Definisi Operasional	Kemudahan pelayanan tanpa administrasi yang sulit (berbelit termasuk tidak adanya uang muka)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	3 (Tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang tidak membayar uang muka

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan di IGD
Sumber data	Buku Registrasi IGD
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8.

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya tim penanggulangan bencana di IGD
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana selalu siap memberikan pelayanan jika terjadi bencana
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang tersedia di IGD
Denominator	Jumlah tim sesuai standar
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	2 (dua) tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan Rawat Jalan

1.

Judul	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
-------	---

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
--------------	-------------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
-----------	--

Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.

Judul	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (6 jam)
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 % (serratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4.

Judul	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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	60 (enam puluh) menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

5.

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
----------------------------	--------------

Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	90 % (sembilan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim Mutu/Panitia Mutu

6.

Judul	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Terlaksananya diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan Diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit selama 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit selama 3 (tiga) bulan
Sumber data	Rekam Medik, Laboratorium, Rajal DOTS
Standar	100% (seratus persen)

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
---------------------------------	------------------------------

7.

Judul	Pencatatan dan pelaporan program pengendalian TB
Dimensi Mutu	Kontinuitas
Tujuan	Terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang real dan berkesinambungan
Definisi Operasional	Dilakukan pencatatan dan pelaporan secara kontinyu untuk menghasilkan data yang akurat
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah data pasien dan pengeloaan TB yang tercatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh data pasien dan pengeloaan TB
Sumber data	Rekam Medik, Laboratorium, Rajal DOTS
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Inap

1.

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis dan tenaga perawat yang minimal berijazah D3)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

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

2.

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai tenaga dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3.

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

4.

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 06.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 06.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

5.

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
----------------------------------	------------

Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Komite PPI
Standar	Maksimum 1,5 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

6.

Judul	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber data	Komite PPI
Standar	1,5 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

7.

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

8.

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
----------------------------	---------

Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	0,24 % (nol koma dua puluh empat persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

9.

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	Maksimum 5 % (lima persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

10.

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>n minimal 50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	90 % (Sembilan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

Pelayanan Bedah Sentral

1.

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis
Standar	2 (dua) hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2.

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

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis
---------------------------------------	---



3.

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

4.

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan sentinel event
----------------------------	-----------------------------------

Periode Analisa	1 (satu) bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

5.

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 % (seratus persen)

Penanggung jawab pengumpul data	kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis
---------------------------------------	---



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

6.

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	kepala Intalasi Bedah Sentral/Komite Medis

7.

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung

Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain
----------------------	--

	karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

Pelayanan Kebidanan

1.

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus

Definisi Operasional	<p>Kematian ibu mencakup : pendarahan, pre-eklamsia, sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklamsia dan elamsia 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
-------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3(tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1 %, pre-eklampsia < 30%, Sepsis ≤ 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik

2.

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
----------------------------	----------------

Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

3.

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin di perkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia, preeklampsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada

Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
-------------	-----------------------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

4.

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

5.

Judul	Kepuasan pasien
-------	-----------------

Dimensi Mutu	Kenyamanan
--------------	------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	80 % (delapan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

Pelayanan Intensif

1.

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 (tujuh puluh dua) jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 (tujuh puluh dua) jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 (tujuh puluh dua) jam dalam 1 (satu)bulan
-----------	--

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	Maksimum 3% (tiga persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

2.

Judul	Pemberi pelayanan intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

3. a.



Judul	Tersedianya Ventilator sesuai kapasitas tempat tidur
-------	--



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Ventilator bagi pasien yang di rawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) Bulan
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah bed side monitor yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur Ruang ICU
Sumber data	Inventaris
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

b.

Judul	Tersedianya bed site monitor sesuai kapasitas tempat tidur
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya bed site monitor bagi pasien yang di rawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) Bulan
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah Ventilator yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur Ruang ICU

Sumber data	Inventaris
-------------	------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

c.

Judul	Tersedianya Syring pump
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Syring pump yang masuk Ruang ICU (Intensif)
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif) → 1 (satu) tempat tidur tersedia 3 (tiga) Syring pump
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) Bulan sekali
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah Syring pump yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan Syring pump
Sumber data	Inventaris
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

d.

Judul	Tersedianya Infus pump sesuai kapasitas tempat tidur
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Infus pump bagi pasien yang di rawat di Ruang ICU

Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif) → 1 tempat tidur tersedia 3 Infus pump
----------------------	---

Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) Bulan
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah Infus pump yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan Infus pump
Sumber data	Inventaris
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

e.

Judul	Tersedianya DC Syok
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya DC syok bagi pasien yang di rawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) Bulan
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah DC Syok yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan DC Syok
Sumber data	Inventaris
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

f.

Judul	Tersedianya ECG Rekam
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya ECG Rekam bagi pasien yang di rawat di Ruang ICU
Definisi Operasional	Tersedianya paket perawatan Ruang ICU (Intensif)
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) Bulan
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah ECG Rekam yang ada
Denominator	Jumlah kebutuhan ECG Rekam
Sumber data	Inventaris
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ICU

Pelayanan Radiologi

1.

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
----------------------------	----------------

Periode Analisa	3 (satu) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis
Standar	Maksimum 3 (tiga) jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

2.

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>n minimal 50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	80 % (delapan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

3.

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1(satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register Radiologi
Standar	Maksimal 2 %(dua persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

4.

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan radiologi oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi adalah tenaga ahli yang kompeten melaksanakan pembacaan hasil pelayanan radiologi di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan

Periode Analisa	3 (tiga) bulan
-----------------	----------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Numerator	Jumlah hasil pelayanan radiologi yang dibaca oleh dokter spesialis radiologi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hasil pelayanan radiologi dalam satu bulan
Sumber data	Register instalasi radiologi
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

Pelayanan Laboratorium

1.

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium rawat jalan maksimal 140 (seratus empat puluh) menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Kepastian penerimaan hasil pelayanan
Definisi Operasional	Pelayanan laboratorium yang di maksud adalah pemeriksaan rutin dan kimia standar. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu yang di mulai dari penerimaan sampel sampai dengan penerimaan hasil oleh pengguna
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pelanggan dengan waktu tunggu \leq 140 (seratus empat puluh) menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah kumulatif pelanggan pelayanan laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Register rawat jalan

Standar	80% (delapan puluh persen)
---------	----------------------------

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium
---------------------------------	-------------------------------

2.

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium kepada orang lain
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadi kesalahan pengelolaan medis lebih lanjut
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium adalah penyerahan hasil kepada pelanggan lain
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan yang di serahkan kepada pelanggan yang meminta pemeriksaan dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

3.

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium

Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan yang di wujudkan dalam isian kuisisioner
----------------------	---

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pelanggan yang menyatakan puas terhadap pelayanan laboratorium dalam 1(satu) bulan
Denominator	Jumlah semua pelanggan dalam bulan tersebut
Sumber data	Hasil survey
Standar	≥ 80% (delapan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

4.

Judul	Tidak ada sampel yang tertukar identitasnya
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadi kesalahan diagnosis
Definisi Operasional	Sampel yang tertukar identitasnya adalah identitas sampel yang tidak sesuai dengan identitas pasien yang diambil sampelnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah sampel yang sesuai identitasnya dalam satu bulan
Denominator	Jumlah semua sampel dalam bulan tersebut
Sumber data	Register hasil pemeriksaan laboratorium
Standar	100% (seratus persen)

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium
---------------------------------------	-------------------------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Pelayanan Farmasi

1.

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tercapainya kecepatan dan ketepatan 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 (tiga puluh) menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2.

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tercapainya kecepatan dan ketepatan 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 (satu) bulan

Periode Analisa	3 (tiga) bulan
-----------------	----------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

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 (enam puluh) menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3.

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan, kepuasan dan kenyamanan
Tujuan	Tercapainya pemberian obat sesuai dengan resep
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 % (seratus persen)

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
---------------------------------	--------------------------



4.

Judul	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pelanggan (pasien/keluarga) yang di survey secara acak yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pelanggan yang di survey secara acak (min 50 orang)
Sumber data	Survey
Standar	75 % (tujuh puluh lima)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

5.

Judul	Penggunaan obat sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efektifitas, efesiensi dan kesinambungan layanan
Tujuan	Mengetahui status penggunaan formularium yang telah di susun di Rumah Sakit

Definisi Operasional	Penggunaan obat yang sesuai formularium adalah jumlah penggunaan obat sesuai formularium di banding penggunaan obat di luar yang tercantum dalam formularium di kali 100%
----------------------	---

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 1 (satu) bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah keseluruhan penggunaan obat berdasarkan yang tercantum di formularium
Denominator	Jumlah penggunaan obat di Rumah Sakit
Sumber data	Data dari penggunaan obat di Instalasi Farmasi A, B dan Unit II
Standar	95 % (Sembilan puluh lima persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

Pelayanan Gizi

1.

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Keandalan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedianya data ketepatan waktu distribusi makanan kepada pasien
Definisi Operasional	Adalah waktu distribusi makanan pasien yang sesuai dengan waktu distribusi yang telah di tentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Frekuensi distribusi makanan kepada pasien yang tepat waktu
Denominator	Frekuensi distribusi makanan pasien pada periode pengamatan tertentu
Sumber data	Observasi

Standar	90 % (Sembilan puluh persen)
---------	------------------------------

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Koordinator Pengadaan Makanan)
---------------------------------	---

2.

Judul	Sisa makanan pasien
Dimensi Mutu	Tangibles, keamanan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedianya data sisa makanan pasien
Definisi Operasional	Adalah makanan biasa yang tidak dikonsumsi oleh pasien > 1/4 dari jumlah porsi yang disajikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah sisa makanan biasa setiap pasien dalam sekali makan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat makanan biasa
Sumber data	Survey
Standar	30% (tiga puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Penanggung jawab pramusaji)

3.

Judul	Tidak ada kesalahan pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedia data ketepatan pemberian diet pasien
Definisi Operasional	Adalah pemberian diet pasien yang sesuai dengan pemesanan diet

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemberian diet pasien yang sesuai
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan diet
Sumber data	Survey
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Koordinator Pengadaan Makanan)

4.

Judul	Keamanan sajian
Dimensi Mutu	Keamanan, kepuasan pelanggan
Tujuan	Tersedia data keamanan makanan pasien
Definisi Operasional	Adalah makanan yang disajikan oleh Instalasi Gizi terbebas dari benda asing dan zat beracun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah makanan yang aman dikonsumsi oleh pasien
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan makanan
Sumber data	Survey
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi (Koordinator Pengadaan Makanan)

Pelayanan Rekam Medik

1.

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) 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 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

2.

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan

Definisi Operasional	Informed Consent adalah pemberian informasi oleh petugas yang berwenang dan oleh pasien/keluarga yang akan di lakukan tindakan pelayanan kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %(seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3.

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan

Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
-----------------	---------------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 10(sepuluh) menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

4.

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan

Standar	Rerata 15 menit
---------	-----------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis
---------------------------------	------------------------------

Pelayanan Pengolahan Limbah

1.

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambar kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ISPL

2.

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

Pelayanan Administrasi Manajemen

1.

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
-------	--



Dimensi Mutu	Efektivitas
--------------	-------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Wakil Direktur Umum

2.

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan

Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan
----------------------	--

	akuntabilitas yang lengkap meliputi input proses, output dan out come yang di buat setiap tahun Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Administrasi
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag TU

3.

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	1 (satu) tahun

Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
-----------	--

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag TU
Standar	100 %(seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Subag TU

4.

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji CPNS/PNS setiap 2 tahun yang di tetapkan pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag TU
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Subag TU

5.

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 (dua puluh) jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag TU
Standar	60 % (enam puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kasubag TU

6.

Judul	Ketepatan waktu menanggapi permintaan barang
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap fasilitas untuk pelayanan

Definisi Operasional	Permintaan barang ialah pengajuan barang, alat dan fasilitas yang menunjang pekerjaan dan pelayanan dari
----------------------	--

	unit ke instalasi Aset
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah barang, alat atau fasilitas yang dipenuhi tepat waktu
Denominator	Semua permintaan barang, alat atau fasilitas
Sumber data	Instalasi Aset
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Aset

7.

Judul	Ketepatan waktu menanggapi kerusakan hardware/jaringan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap fasilitas untuk pelayanan
Definisi Operasional	Kerusakan hardware/jaringan merupakan bagian penting dalam pelayanan di era komputerisasi sekarang ini.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kerusakan hardware/jaringan yang diperbaiki tepat waktu
Denominator	Semua kerusakan hardware/jaringan yang dilaporkan

Sumber data	Instalasi Teknologi Informasi
-------------	-------------------------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Teknologi Informasi

8.

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap fasilitas untuk pelayanan
Definisi Operasional	Pemeliharaan alat merupakan bagian penting dalam menunjang pelayanan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kerusakan alat yang diperbaiki tepat waktu
Denominator	Semua kerusakan alat yang dilaporkan
Sumber data	IPSRS
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

9.

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit

Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub Bag TU
Standar	40 % (empat puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Subag TU

10.

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
-----------	---

Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag TU
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Subag TU

Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

1.

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedia pelayanan ambulance dan kereta jenazah 24 (dua puluh empat) Jam
Definisi Operasional	Tersedia pelayanan ambulance dan kereta jenazah bagi pasien yang membutuhkan selama 24 (dua puluh empat) Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	3 (tiga) Bulan
Numerator	Jumlah permintaan penggunaan mobil ambulance yang dilayani
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penggunaan mobil ambulance
Sumber data	Catatan permintaan dan penggunaan ambulance
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

2.

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambar ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

3.

Judul	Ketersediaan pelayanan Ambulance di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedia pelayanan ambulance 24 (dua puluh empat) Jam

Definisi Operasional	Tersedia pelayanan ambulance bagi pasien yang
-------------------------	---

	membutuhkan selama 24 (dua puluh empat) Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	3 (tiga) Bulan
Numerator	Jumlah permintaan penggunaan mobil ambulance yang dilayani
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penggunaan mobil ambulance
Sumber data	Catatan permintaan dan penggunaan ambulance
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

4.

Judul	Ketersediaan pelayanan Kereta Jenazah di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedia pelayanan Kereta Jenazah 24 (dua puluh empat) Jam
Definisi Operasional	Tersedia pelayanan Kereta jenazah bagi pasien yang membutuhkan selama 24 (dua puluh empat) Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	3 (tiga) Bulan
Numerator	Jumlah permintaan penggunaan mobil Kereta jenazah yang dilayani
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penggunaan mobil Kereta jenazah

Sumber data	Catatan permintaan dan penggunaan Kereta Jenazah
-------------	--

Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Transportasi

Pelayanan Pemulasaran Jenazah

1.

Judul	Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	2 (dua) jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

Pelayanan Instalasi Sterilisasi Sental

1.

Judul	Jaminan mutu hasil sterilisasi
Dimensi Mutu	Safety patient
Tujuan	Tergambar pengendalian dan mutu pelayanan sterilisasi
Definisi Operasional	Monitoring proses sterilisasi untuk memberikan jaminan bahwa parameter yang ditentukan dalam proses sterilisasi sudah terpenuhi dengan baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah instrumen / linen yang disteril yang sesuai dengan jaminan mutu steril dalam satu bulan
Denominator	Jumlah instrumen / linen yang disteril dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Koordinator CSSD

2.

Judul	Ketepatan waktu proses sterilisasi
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambar pengendalian dan mutu pelayanan sterilisasi
Definisi Operasional	Adalah kecepatan dalam pengelolaan sterilisasi dari kotor menjadi siap pakai, maksimal selang waktu satu hari

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan sterilisasi tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan yang dihitung selang 1 (satu) hari
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Waka Instalasi Sterilisasi

3.

Judul	Proses Cuci Ulang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambar pengendalian dan mutu pelayanan sterilisasi
Definisi Operasional	Linen yang dicuci ulang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah proses cuci linen yang dicuci ulang dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh proses cuci linen dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus persen)

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Koordinator CSSD
---------------------------------	---

4.

Judul	Tersedianya sarana dan prasarana / mesin cuci (standar 4 kali loading perhari)
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Tergambar proses pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Monitoring proses laundry untuk memberikan jaminan bahwa parameter yang ditentukan dalam proses laundry sudah terpenuhi dengan baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah loading mesin cuci dalam sehari dalam bulan tersebut
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sterilisasi dan Koordinator CSSD

Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi (PPI)

1.

Judul	Tersedia anggota Tim PPI yang terlatih
-------	--

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
--------------	-------------------



Dokumen ini terotentifikasi melalui tanda-tangan elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang di terbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara

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 (tiga) bulan
Periode Analisa	Tiap 1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75% (tujuh puluh lima persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua PPI

2.

Judul	Tersedia APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	Tersedianya APD di setiap Instalasi rumah sakit
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, Tenaga Kesehatan, Pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 (satu) bulan

Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
-----------	---------------------------------------



Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75% (tujuh puluh lima persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua PPI

Pj. BUPATI BREBES,

ttd

URIP SIHABUDIN

Diundangkan di Brebes
pada tanggal 20 oktober 2023
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BREBES

Ttd
Ir. DJOKO GUNAWAN, M.T
Pembina Utama Madya
NIP. 19650903 198903 1 010
BERITA DAERAH KABUPATEN BREBES
TAHUN 2023 NOMOR 41

