



SALINAN



BUPATI KEBUMEN
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI KEBUMEN
NOMOR 30 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PREMBUN
KABUPATEN KEBUMEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KEBUMEN,

- Menimbang :
- a. bahwa agar Rumah Sakit Umum Daerah Prembun Kabupaten Kebumen dapat memberikan pelayanan prima kepada masyarakat, perlu menyusun Standar Pelayanan Minimal;
 - b. bahwa berdasarkan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah, kepala daerah menetapkan standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah dengan peraturan kepala daerah;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Prembun Kabupaten Kebumen;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
 2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);



4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
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 diubah beberapa kali, 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 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
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 148, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
13. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 2 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembar Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2007 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 1);



MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PREMBUN KABUPATEN KEBUMEN.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Kebumen.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Kebumen.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Prembun Kabupaten Kebumen yang selanjutnya disebut RSUD Prembun merupakan lembaga teknis daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Prembun.
6. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
7. Indikator Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal berupa masukan, proses, keluaran, hasil dan/atau manfaat pelayanan dasar standar.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Prembun kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.

BAB II JENIS PELAYANAN

Pasal 2

Pelayanan yang diselenggarakan oleh RSUD Prembun meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan intensif;



- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan transfusi darah;
- m. pelayanan keluarga miskin;
- n. pelayanan rekam medik;
- o. pelayanan pengelolaan limbah;
- p. pelayanan administrasi dan manajemen;
- q. pelayanan ambulan/kereta jenazah;
- r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- s. pelayanan pemeliharaan rumah sakit;
- t. pelayanan laundry; dan
- u. pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi.

BAB III STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 3

- (1) RSUD Prembun menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi jenis pelayanan rumah sakit, indikator kinerja dan standar pencapaian kinerja, batas waktu pencapaian standar kinerja dan penanggungjawab sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (3) Petunjuk Teknis Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diuraikan sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PENGORGANISASIAN

Pasal 4

Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal di RSUD Prembun.

Pasal 5

- (1) Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 secara operasional dikoordinasikan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.



Pasal 6

Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dilaksanakan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan di bawah koordinasi Instalasi-instalasi dan Komite Medis di RSUD Prembun.

BAB V PELAKSANAAN

Pasal 7

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 merupakan acuan dalam menyusun rencana program pencapaian nilai dalam Standar Pelayanan Minimal pada masing-masing jenis pelayanan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.

BAB VI PEMBIAYAAN

Pasal 8

Segala biaya yang timbul sebagaimana akibat dari pelayanan rumah sakit untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

BAB VII PENGAWASAN

Pasal 9

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal di RSUD Prembun.
- (2) Bupati menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD Prembun sesuai Standar Pelayanan Minimal.



BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kebumen
pada tanggal 2 Juli 2018

Plt. BUPATI KEBUMEN,

ttd.

YAZID MAHFUDZ

Diundangkan di Kebumen
pada tanggal 2 Juli 2018

Pj. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KEBUMEN
INSPEKTUR,

ttd.

MAHMUD FAUZI

BERITA DAERAH KABUPATEN KEBUMEN TAHUN 2018 NOMOR 30

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KABUPATEN KEBUMEN,

ttd.

AMIN RAHMANURRASJID, S.H., M.H
Pembina Tingkat I
NIP. 19720723 199803 1 006



LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI KEBUMEN
NOMOR 30 TAHUN 2018
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PREMBUN KABUPATEN KEBUMEN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD PREMBUN

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL					PENANGGUNG JAWAB	
				Kondisi Awal 2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	%	85	100	100	100	100	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
		2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD								Kepala Sub bagian Kepegawaian
		a. Dokter	%	85	100	100	100	100		
b. Perawat	%	70	85	95	100	100				
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Gawat darurat	



		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	%	85	100	100	100	100	Kepala Instalasi Gawat darurat
		6. Kematian pasien < 24 jam di Gawat Darurat	%	3	2	2	2	2	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		8. Kepuasan Pelanggan	%	70	75	80	85	90	Kepala Bidang Pelayanan Medis
2.	Rawat Jalan	1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis	%	50	75	100	100	100	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		2. Ketersediaan Pelayanan Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Kandungan	%	50	100	100	100	100	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		3. Ketersediaan Pelayanan Jiwa	%	0	50	70	80	90	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		4. Jam buka pelayanan jam 08.00 sampai dengan 13.00 WIB	%	75	75	100	100	100	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		5. Waktu tunggu di Rawat Jalan ≤ 60 menit	%	50	75	90	95	100	Kepala Instalasi Rawat jalan
		6. Kepuasan Pelanggan	%	75	80	85	90	90	Kepala Bidang Pelayanan Medis
		7. Pasien Rawat jalan dengan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	%	50	50	100	100	100	Kepala Instalasi Rawat jalan



3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap							Kepala Instalasi Rawat Inap
		a. Dokter Spesialis	%	50	90	95	95	95	
		b. Perawat minimal D3	%	100	100	100	100	100	
		2. Ketersediaan Pelayanan Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Kandungan	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Rawat Inap
		3. Jam Visite Dokter Spesialis	%	75	90	95	100	100	Kepala Instalasi Rawat Inap
		4. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	%	2	2	2	1,75	1,5	Kepala Instalasi Rawat Inap
		5. Kejadian Infeksi Nosokomial	%	4	3	2	1,5	1,5	Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
		6. Angka Kematian > 48 jam	%	0,5	0,48	0,35	0,29	0,24	Kepala Instalasi Rawat Inap
		7. Kejadian Pulang Paksa	%	5	4	4	3	2	Kepala Instalasi Rawat Inap
		8. Kepuasan pelanggan	%	70	80	85	90	90	Kepala Bidang Pelayanan Medis
9. Pasien Rawat Inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS									
a. penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB	%	70	80	85	85	90	Kepala Instalasi Rawat Inap		
b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	%	100	100	100	100	100			
10. Ketersediaan pelayanan rawat inap yang memberikan pelayanan jiwa	%	0	0	0	0	50	Kepala Intalasi Rawat Inap		



		11. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	%	0	0	0	0	100	Kepala Instalasi Rawat Inap
		12. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	%	0	0	0	0	100	Kepala Instalasi Rawat Inap
		13. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	Minggu	0	0	0	0	≤ 2 mg	Kepala Instalasi Rawat Inap
4.	Pelayanan Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif	Hari	3	2	1	1	1	Kepala Instalasi Bedah sentral dan Komite Medis
		2. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	100	100	100	
		3. Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1 %	%	0	0	0	0	0	
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	100	100	100	
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	100	100	100	
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	100	100	100	
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotrakeal tube	%	2	2	2	2	2	



5.	Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan							Komite Medik dan Kepala Bidang Pelayanan Medis
		a. Perdarahan	%	1	1	1	1	1	
		b. Pre-eklimapsia	%	25	25	25	25	25	
		c. Sepsis	%	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	%	100	100	100	100	100	
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.	%	60	80	100	100	100	
		4. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Caesaria	%	25	20	15	15	13	
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	%	75	98	98	100	100	
		6. Keluarga Berencana Mantap	%	40	50	70	80	90	
7. Konseling KB mantap	%	40	50	70	80	90			
8. Kepuasan pelanggan	%	60	70	80	85	90			
6.	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	%	4	3	3	2	2	Kepala Instalasi Rawat Intensif
		2. Pemberi pelayanan intensif care Unit							Kepala Bidang pelayanan Medis dan Kepala Subbagian Kepegawaian
		a. Dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	50	75	100	100	100	
	b. Perawat Bersertifikat	%	30	30	50	70	100		



7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax \leq 3 jam	%	30	30	60	85	90	Kepala Bidang pelayanan Medis
		2. Pelaksana ekspertisi oleh Dokter spesialis Radiologi	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Radiologi
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	%	3	2	2	2	1	Kepala Instalasi Radiologi
		4. Kepuasan pelanggan	%	60	70	80	85	90	Kepala Bidang Pelayanan Medis
8.	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin \leq 140 menit	%	85	92	95	100	100	Kepala Instalasi Laboratorium
		2. Pelaksana ekspertisi oleh Dokter Spesialis patologi Klinik	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Laboratorium
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Laboratorium
		4. Kepuasan pelanggan	%	75	80	85	87	90	Kepala Bidang Pelayanan Medis
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	50	40	30	25	20	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		2. Tidak adanya kejadian atau kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	100	100	100	100	Kepala Bidang Pelayanan Medis
		3. Kepuasan pelanggan	%	50	75	80	85	85	Kepala Bidang Pelayanan Medis



10.	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi \leq 30 menit b. Obat racikan \leq 60 menit	% %	85 70	95 80	97 90	98 90	98 95	Kepala Instalasi Farmasi
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100	100	100	100	100	
		3. Penulisan resep sesuai formularium	%	70	80	90	95	100	
		4. Kepuasan Pelanggan	%	70	80	85	90	95	Kepala Bidang Pelayanan Medis
11.	Pelayanan Instalasi Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	%	80	90	95	97	98	Kepala Instalasi Gizi
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	25	20	18	15	12	
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian diet	%	95	98	98	99	100	
12.	Transfusi Darah	1. Pemenuhan Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100	100	100	100	100	Kepala Instalasi Laboratorium
		2. Kejadian reaksi transfusi	%	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	
13.	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100	100	100	100	100	Kepala Bidang Pelayanan Medis
14.	Pelayanan Rekam medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	75	80	85	90	95	Kepala Seksi Medis



		2. Kelengkapan pengisian rekam medik 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)	%	60	60	70	80	80	
		3. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas.	%	85	90	100	100	100	
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan \leq 10 menit	%	85	85	90	95	100	
		5. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap \leq 15 menit	%	70	75	80	85	90	
15.	Pelayanan Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair a. BOD 30 mg/l b. COD 80 mg/l c. TSS 30 mg/l d. PH 6 – 9	% % % %	100 100 100 100	100 100 100 100	100 100 100 100	100 100 100 100	100 100 100 100	Kepala Higyene dan sanitasi (HS)
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	%	75	80	80	100	100	
16.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	85	90	95	100	100	Direktur dan Kepala Bagian Tata Usaha
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100	100	Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Subbagian Perencanaan
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	90	100	100	100	100	Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala



		4. Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala	%	100	100	100	100	100	Subbagian Kepegawaian
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	35	50	60	65	65	Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Subbagian Kepegawaian
		6. Cost recovery	%	20	20	30	35	40	Kepala Bidang Keuangan
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	90	100	100	100	100	
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap \leq 2 jam	%	50	60	70	80	90	
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	50	50	70	90	100	
17.	Ambulan/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulan/Kereta Jenazah 24 Jam	%	100	100	100	100	100	Kepala Subbagian Umum
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulan/kereta jenazah \leq 30 menit	%	50	50	90	95	100	Kepala Subbagian Umum
		3. Kecepatan menyediakan ambulan untuk rujukan pasien dalam waktu \leq 2 jam	%	50	60	80	90	95	Kepala Subbagian Umum
18.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah \leq 2 jam	%	90	98	98	99	100	Kepala Instalasi Pemulasaraan jenazah



19.	Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	50	50	65	70	75	Kepala Instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit (IPRS)
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	%	65	70	70	75	75	
		3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	70	70	85	90	95	
20.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	95	95	99	99	99	Kepala Unit Laundry
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	85	90	95	97	98	
21.	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Adanya Anggota tim Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	%	50	50	60	75	80	Ketua Tim Pengendalian dan Pencegahan Infeksi
		2. Tersedia Alat Perlindungan Diri di setiap instalasi/departemen	%	30	40	50	60	60	
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial/HAI (<i>Health Care Assosiated Infection</i>) di Rumah Sakit minimum 1 parameter)	%	50	50	60	75	80	

Plt. BUPATI KEBUMEN,

ttd.

YAZID MAHFUDZ





LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI KEBUMEN
 NOMOR 30 TAHUN 2018
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PREMBUN
 KABUPATEN KEBUMEN

PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RSUD PREMBUN

A PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving di Instalasi Gawat Darurat

a. Dimensi Mutu
 Keselamatan

b. Tujuan
 Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat.

c. Definisi Operasional
 Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breathing, Circulation secara simultan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Kemampuan} \\ \text{menangani} \\ \text{life saving di} \\ \text{Instalasi} \\ \text{Gawat} \\ \text{Darurat} \end{array} = \frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat} \\ \text{pertolongan life saving}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang} \\ \text{membutuhkan Penanganan life} \\ \text{saving di Instalasi Gawat Darurat}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang mendapat pertolongan life saving

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Instalasi Gawat Darurat

4) Standar Nilai

100 % (Presentase)

e. Sumber data

Rekam Medik di Instalasi Gawat Darurat

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kemampuan menangani live saving di Instalasi Gawat Darurat	100	100	100	100



- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Pendataan pasien yang membutuhkan tindakan life saving;
 - 2) Penerapan dan pemutakhiran sistem TRIASE;
 - 3) Melengkapi peralatan life saving, DC Shock, Syringe pump; dan
 - 4) Audit kasus gawat darurat dengan unit terkait.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat.

- a. Dimensi Mutu
Keterjangkauan
- b. Tujuan
Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam di setiap Rumah Sakit
- c. Definisi Operasional
Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
- d. Cara Perhitungan
 - 1). Rumus

$$\text{Jam buka Gawat Darurat} = \frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka Instalasi dalam satu bulan}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}} \times 100\%$$
 - 2). Pembilang
Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
 - 3). Penyebut
Jumlah hari dalam satu bulan
 - 4). Standar Nilai
24 Jam 100 % (Presentase)
- e. Sumber data
Rekam Medik di Instalasi Gawat Darurat
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Jam buka pelayanan gawat darurat	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Monitoring jam buka pelayanan;
 - 2) Pembuatan jadwal jaga dokter dan perawat Instalasi Gawat Darurat; dan
 - 3) Analisis data.



h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat Basic Life Support/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/General Emergency Life Support/Advance of Cardiac Life/Advance of Trauma Life/Advance Cardiac Life Support.

a. Dimensi Mutu
Kompetensi teknis

b. Tujuan
Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan

c. Definisi Operasional
Tenaga kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat Basic Life Support/ Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/General Emergency Life Support/ Advance of Cardiac Life/Advance of Trauma Life/Advance Cardiac Life Support.

d. Cara Perhitungan

1). Rumus

$$\frac{\text{Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Basic Life Support/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/General Emergency Life Support/ Advance of Cardiac Life/ Advance of Trauma Life/ Advance Cardiac Life Support}}{\text{Jumlah tenaga yang bersertifikat Basic Life Support / Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan / General Emergency Life Support / Advance of Cardiac Life / Advance of Trauma Life / Advance Cardiac Life Support}} = \text{X 100\%}$$

Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.

2). Pembilang

Jumlah tenaga yang bersertifikat Basic Life Support/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/General Emergency Life Support/Advance of Cardiac Life/Advance of Trauma Life/Advance Cardiac Life Support.

3). Penyebut

Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan

4). Standar Nilai

100 % (Presentase)

e. Sumber data

Subbagian Kepegawaian



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Basic Life Support/ Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/General Emergency Life Support/ Advance of Cardiac Life/ Advance of Trauma Life/ Advance Cardiac Life Support				
a. Dokter	100	100	100	100
b. Perawat	85	95	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1). Mapping kualifikasi pelatihan kegawatdaruratan yang pernah diikuti oleh Dokter dan Perawat Instalasi Gawat Darurat; dan
- 2). Mengirim pelatihan kegawatdaruratan untuk staf medis dan perawat Instalasi Gawat Darurat meliputi: Basic Life Support/ Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/General Emergency Life Support/Advance of Cardiac Life/Advance of Trauma Life/Advance Cardiac Life Support, dll.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana.

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan keselamatan

b. Tujuan

Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana.

c. Definisi Operasional

Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu.

d. Cara Perhitungan

1). Rumus

$$\text{Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana} = \frac{\text{Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit}}{1 \text{ (satu) tim Penanggulangan bencana}} \times 100\%$$

2). Pembilang

Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit

3). Penyebut

1 (satu) tim Penanggulangan bencana



4). Standar Nilai
Satu tim, 100 % (Presentase)

e. Sumber data
Subbagian Kepegawaian

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana.	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan penanggulangan bencana internal Rumah Sakit dan bersama dengan pihak terkait/lintas sektoral;
- 2) Simulasi penanggulangan bencana secara terpadu; dan
- 3) Melengkapi fasilitas penanggulangan bencana.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat ≤ 5 menit

a. Dimensi Mutu
Keselamatan dan efektifitas

b. Tujuan
Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.

c. Definisi Operasional
Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.

d. Cara Perhitungan

1). Rumus

$$\text{Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat} = \frac{\text{Jumlah akumulasi response time } \leq 5 \text{ menit pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasien yang menjadi sampel pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$$

2). Pembilang

Jumlah akumulasi respon time ≤ 5 menit pada pasien yang menjadi sampel pada kurun waktu tertentu.

3). Penyebut

Jumlah pasien yang menjadi sampel pada kurun waktu tertentu, minimal 50



- 4). Standar Nilai
≤ 5 menit, 100 % (prosentase)
- e. Sumber data
Rekam Medik Intalasi Gawat Darurat dan wawancara dengan pasien dengan sampel minimal 50
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tanggap pelayanan dokter di Intalasi Gawat Darurat	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Review dan pemantapan kembali tugas pokok dan fungsi dokter jaga Intalasi Gawat Darurat;
 - 2) Penataan kembali jadwal dokter jaga Intalasi Gawat Darurat dan Rawat Inap.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kematian pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat

- a. Dimensi Mutu
Efektifitas dan keselamatan
- b. Tujuan
Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
- c. Definisi Operasional
Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian di Intalasi Gawat Darurat yang terjadi dalam 24 jam sejak pasien datang.
- d. Cara Perhitungan
 - 1. Rumus

$$\frac{\text{Jumlah kematian di Intalasi Gawat Darurat} \leq 24 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang ditangani di Intalasi Gawat Darurat}} \times 100\%$$
 - 2. Pembilang
Jumlah kematian di Intalasi Gawat Darurat ≤ 24 jam
 - 3. Penyebut
Jumlah pasien yang ditangani di Intalasi Gawat Darurat Intalasi Gawat Darurat
 - 4. Standar Nilai :
≤ 2 per mil / ‰



e. Sumber data
Rekam Medik Intalasi Gawat Darurat

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kematian pasien ≤ 24 jam sebelum ke ruang perawatan	2	2	2	2

g. Langkah Kegiatan

- 1). Menerapkan kembali sistem TRIASE; dan
- 2). Peningkatan fungsi konsultasi dengan dan antar spesialis

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

a. Dimensi Mutu

Akses dan keselamatan

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat

c. Definisi Operasional

Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan

d. Cara Perhitungan

1). Rumus

$$\frac{\text{Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka} \times \text{Jumlah pasien Intalasi Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka dalam sampling}}{\text{Jumlah sampel}} \times 100\%$$

2). Pembilang

Jumlah pasien Intalasi Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka dalam sampling

3). Penyebut

Jumlah pasien yang menjadi sampel

4). Standar Nilai

100 % (presentase)



- e. Sumber data
Rekam Medik Intalasi Gawat Darurat dan hasil observasi.
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Peningkatan informasi tentang pola tarif; dan
 - 2) Sosialisasi prosedur pembayaran administrasi di RSUD Prembun, dan peningkatan pengawasan.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Kepuasan Pelanggan

- a. Dimensi Mutu
Kenyamanan
- b. Tujuan
Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
- c. Definisi Operasional
Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat} = \frac{\text{Jumlah kumulatif pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan di Gawat Darurat dalam survei}}{\text{Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang
Jumlah kumulatif pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan di Gawat Darurat yang di survei.
 - 3) Penyebut
Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)
 - 4) Standar Nilai
> 70 % (presentase)



e. Sumber data
Hasil Survei.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	75	80	85	90

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan keterampilan *customer service* kepada seluruh staf Intalasi Gawat Darurat;
- 2) Peningkatan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan di Intalasi Gawat Darurat; dan
- 3) Peningkatan kesejahteraan staf Intalasi Gawat Darurat.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik Spesialis

a. Dimensi Mutu
Kompetensi teknis

b. Tujuan
Tersedianya Pelayanan Klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten

c. 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 Program Pendidikan Dokter Spesialis sesuai dengan disiplin ilmu/ *special privilege* yang diberikan).

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan di klinik Spesialis} = \frac{\text{Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis}}{\text{Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan



- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Register Rawat Jalan Poliklinik Spesialis
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pemberi pelayanan di klinik Spesialis oleh dokter spesialis	75	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
 - 2) Penambahan jumlah dan kualifikasi dokter spesialis; dan
 - 3) Peningkatan kesejahteraan dokter spesialis dan seluruh karyawan.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Penyakit Dalam dan Spesialis Kandungan.

- a. Dimensi Mutu
Akses
- b. Tujuan
Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
- c. Definisi Operasional
Pelayanan rawat jalan adalah layanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.

- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Ketersediaan Pelayanan minimal} = \frac{\text{Jenis-jenis pelayanan rawat jalan yang ada}}{\text{Jenis pelayanan rawat jalan minimal yang harus ada}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang
Jenis-jenis pelayanan rawat jalan yang ada di RSUD Prembun Kabupaten Kebumen
- 3) Penyebut
Jenis pelayanan rawat jalan minimal yang harus ada
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)



e. Sumber data
Register Rawat Jalan Poliklinik Spesialis

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketersediaan Pelayanan Spesialis	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Rekrutmen dokter spesialis ; dan
- 2) Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Ketersediaan Pelayanan rawat jalan di RS Jiwa

a. Dimensi Mutu
Akses

b. Tujuan
Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di RS

c. Definisi Operasional
Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan pelayanan rawat jalan di RS jiwa} = \frac{\text{Jumlah jenis pelayanan rawat jalan jiwa yang ada}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan rawat jalan jiwa}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jenis-jenis pelayanan rawat jalan jiwa yang ada

3) Penyebut

Jumlah seluruh pelayanan rawat jalan jiwa

4) Standar Nilai

- a. NAPZA
- b. Gangguan Psikotik
- c. Gangguan Neurotik
- d. Mental Organik

e. Sumber data
Register rawat jalan



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketersediaan pelayanan rawat jalan jiwa	50	70	80	90

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan komitmen dokter spesialis; dan
- 2) Penambahan jumlah layanan rawat jalan jiwa sesuai kebutuhan.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Jam buka pelayanan jam 08.00 sampai dengan 13.00 WIB

a. Dimensi Mutu
Akses

b. Tujuan
Kepastian waktu mulai pendaftaran di rumah sakit

c. Definisi Operasional
Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pendaftaran di Instalasi Rawat Jalan

d. Cara Perhitungan
1) Rumus

$$\text{Jam buka pelayanan} = \frac{\text{Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka pendaftaran jam 08.00 WIB}}{\text{Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka pendaftaran jam 08.00 WIB

3) Penyebut

Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam Medis Pelayanan Poliklinik Spesialis



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Jam buka pelayanan Jam 08.00- 13.00 WIB	75	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
- 2) Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan; dan
- 3) peningkatan kesejahteraan dokter spesialis.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Jalan

5. Waktu tunggu di rawat jalan \leq 60 menit

a. Dimensi Mutu
Akses

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu adalah rerata waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai mendapat pelayanan

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu di rawat jalan} = \frac{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu } \leq 60 \text{ menit dalam sampling}}{\text{Jumlah pasien yang disampling}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien dengan waktu tunggu \leq 60 menit dalam sampling

3) Penyebut

Jumlah pasien yang disampling

4) Standar Nilai

\leq 60 menit, 100 % (presentase)

e. Sumber data
Survei



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit	75	90	95	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
- 2) Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan; dan
- 3) Peningkatan kesejahteraan dokter spesialis.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Jalan

6. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu
Kenyamanan

b. Tujuan
Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

b. Definisi Operasional
Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan pada rawat jalan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif rerata nilai kepuasan pasien}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif rerata nilai kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)

4) Standar Nilai

≥ 90 % (presentase)

d. Sumber data
Survei



e. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan pasien rawat jalan	80	85	90	90

f. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan kompetensi karyawan rawat jalan;
- 2) Peningkatan sarana dan prasarana rawat jalan;
- 3) Peningkatan komunikasi dan informasi kepada pelanggan rawat jalan; dan
- 4) Evaluasi berkala tentang prosedur yang berlaku di rawat jalan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim Mutu Rumah Sakit

6. Pasien rawat jalan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

a. Dimensi Mutu

Akses, efisisensi

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS

c. Definisi Operasional

Pelayanan Rawat Jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS} = \frac{\text{Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di Rumah sakit dalam waktu 3 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS



- 3) Penyebut
Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani rumah sakit dalam waktu 3 bulan
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Register rawat jalan, register TB 03 UPK, Rekam Medik
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pasien rawat jalan dengan Tuberculosis ditangani dengan strategi DOTS	50	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
 - 2) Peningkatan sarana dan prasarana penunjang pelayanan rawat jalan; dan
 - 3) Pelatihan penanganan TB dengan strategi DOTS bagi seluruh karyawan.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

- 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap
 - a. Dimensi Mutu
Kompetensi teknik
 - b. Tujuan
Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
 - c. Definisi Operasional
Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3).
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah dokter dan perawat sesuai ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang di rawat Inap}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang
Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap sesuai dengan ketentuan



- 3) Penyebut
Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di rawat inap
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Kepegawaian
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pemberi pelayanan di rawat inap				
Dokter spesialis	90	95	100	100
Perawat minimal D3	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Pemberian bantuan biaya pendidikan bagi dokter dan perawat;
 - 2) Pemberlakuan system remunerasi yang menghargai tingkat pendidikan; dan
 - 3) Rekrutmen dokter spesialis dan perawat minimal D3 Keperawatan.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap minimal

- a. Dimensi Mutu
Akses
- b. Tujuan
Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit, meliputi penyakit anak, dalam, bedah dan kebidanan.
- c. Definisi Operasional
Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
- d. Cara Perhitungan

- 1). Rumus

$$\text{Ketersediaan pelayanan rawat inap} = \frac{\text{Jenis pelayanan spesialistik yang ada}}{\text{Jenis pelayanan spesialistik minimal Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia}} \times 100\%$$

- 2). Pembilang
Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (Kualitatif)



- 3). Penyebut
Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik minimal 4 (empat) besar penyakit menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- 4). Standar Nilai
100 % (prosentase)

e. Sumber data
Hasil Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Monitoring dan evaluasi jenis pelayanan spesialistik; dan
 - 2) Rekrutmen dokter spesialis tertentu bila dipandang perlu.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Jam Visite Dokter Spesialis

a. Dimensi Mutu
Akses, kesinambungan pelayanan

b. Tujuan
Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan

c. Definisi Operasional
Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang akan dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB

d. Cara Perhitungan
1). Rumus

$$\text{Jumlah jam Visite dokter Spesialis} = \frac{\text{Jumlah visite dokter spesialis antara Jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang Disurvei}}{\text{Jumlah Pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei}} \times 100\%$$



- 2). Pembilang
Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
- 3). Penyebut
Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
- 4). Standar Nilai
100 % (prosentase)

e. Sumber data
Hasil Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Jam visite dokter spesialis yang Visite antara jam 08.00 sampai dengan 14.00	90	95	100	100

g. Langkah Kegiatan
Monitoring dan evaluasi jam visite dokter

i. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik

4. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

a. Dimensi Mutu
Keselamatan, Kenyamanan

b. Tujuan
Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

c. Definisi Operasional
Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua katagori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian infeksi nosokomial} = \frac{\text{Jumlah pasien yang terkena infeksi Pasca operasi}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang operasi}} \times 100\%$$



- 2) Pembilang
Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
- 3) Penyebut
Jumlah seluruh pasien yang operasi dalam satu bulan
- 4) Standar Nilai:
≤ 1,5 % (persentase)

e. Sumber data
Rekam Medis

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian infeksi pasca operasi	2	2	1,75	1,5

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan infeksi luka pasca operasi;
 - 2). Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan;
 - 3). Survei ketaatan pada standar prosedur tindakan.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

5. Kejadian Infeksi Nosokomial

a. Dimensi Mutu
Keselamatan Pasien

b. Tujuan
Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit

c. Definisi Operasional
Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis dan infeksi luka operasi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian infeksi nosokomial} = \frac{\text{Jumlah pasien yang terkena infeksi}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan



- 3) Penyebut
Jumlah total pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
- 4) Standar Nilai:
≤ 1,5 % (presentase)
- e. Sumber data
Survei, laporan infeksi nosokomial
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian infeksi nosokomial	3	2	1,5	1,5

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan infeksi nosokomial;
 - 2). Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan;
 - 3). Survei ketaatan pada standar prosedur tindakan; dan
 - 4). Pemberlakuan pembatasan jam besuk.
 - h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap dan Komite Mutu Rumah Sakit.
6. Angka kematian > 48 jam
- a. Dimensi Mutu
Keselamatan dan efektifitas
 - b. Tujuan
Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
 - c. Definisi Operasional
Kematian > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam pasien dirawat inap.
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Angka kematian > 48 jam} = \frac{\text{Jumlah kejadian kematian pasien > 48 jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang meninggal}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang
Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan.
 - 3) Penyebut
Jumlah total pasien rawat inap yang meninggal dalam 1 (satu) bulan



- 4) Standar Nilai:
 - ≤ 0,24 %, 2,4 permil (Internasional) 2,5 permil (Indonesia)
- e. Sumber data
 Rekam Medis rawat inap
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Angka kematian > 48 jam	0,48	0,35	0,29	0,24

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Peningkatan kompetensi dokter dan perawat; dan
 - 2). Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan rawat inap.
 - h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
 Kepala Instalasi Rawat Inap
7. Kejadian Pulang Paksa
- a. Dimensi Mutu
 Efektifitas dan kesinambungan pelayanan
 - b. Tujuan
 Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
 - c. Definisi Operasional
 Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter.
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Angka kejadian pulang paksa} = \frac{\text{Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di rawat dalam satu bulan}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang
 Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
 - 3) Penyebut
 Jumlah seluruh pasien yang dirawat inap dalam satu bulan
 - 4) Standar Nilai:
 ≤ 5 % (persentase)
 - e. Sumber data
 Rekam Medis rawat inap



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Angka kejadian pulang paksa	4	4	3	2

g. Langkah Kegiatan

- 1). Peningkatan kompetensi dokter dan perawat; dan
- 2). Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan rawat inap.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu
Kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien yang disurvei (sampling).

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)

4) Standar Nilai:

≥ 90 % (presentase)

e. Sumber data

Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan Pasien rawat inap	80	85	90	90



- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
 - 2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap; dan
 - 3) Pelatihan Customer Service bagi seluruh karyawan.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap

9. Pasien Rawat Inap Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

- a. Dimensi Mutu
Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
- b. Tujuan
Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
- c. Definisi Operasional
Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikrocropis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	=	$\frac{\text{Jumlah semua pasien rawat Inap Tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap Yang ditangani di rumah sakit dalam Waktu 3 bulan}} \times 100\%$
--	---	---
 - 2) Pembilang
Jumlah semua pasien rawat inap dengan tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS.
 - 3) Penyebut
Jumlah seluruh pasien rawat inap yang ditangani di rumah sakit (dalam waktu 3 bulan)
 - 4) Standar Nilai:
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Register Rawat Inap, Register TB 03 UPK



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET ‰			
	2018	2019	2020	2021
Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS				
a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	80	85	85	90
b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1). Peningkatan kompetensi dokter dan perawat; dan
- 2). Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap

10. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

a. Dimensi Mutu
Akses

b. Tujuan

Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Ketersediaan} \\ \text{pelayanan} \\ \text{rawat inap} \\ \text{yang} \\ \text{memberikan} \\ \text{pelayanan jiwa} \end{array} = \frac{\text{Jumlah jenis pelayanan jiwa yang ada}}{\text{Jenis pelayanan jiwa yang ada}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa

3) Penyebut

Jenis pelayanan yang ada



- 4) Standar
 - a. NAPZA
 - b. Gangguan Psikotik
 - c. Gangguan Neurotik
 - d. Mental Organik

e. Sumber data
Register Rawat Inap

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET			
	2018	2019	2020	2021
Jenis-jenis pelayanan rawat inap jiwa	0	0	0	50

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Peningkatan kompetensi dokter dan perawat; dan
 - 2). Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rawat Inap

11. Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

a. Dimensi Mutu
Keselamatan

b. Tujuan
Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif

c. Definisi Operasional
Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik

d. Cara Perhitungan
1) Rumus

$$\frac{\text{Tidak ada kejadian Kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang tidak mengalami kejadian kematian gangguan jiwa bunuh diri dalam 1 bulan}} \times 100\% = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama 1 bulan}}$$

2) Pembilang
Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan

3) Penyebut
Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan



- 4) Standar Nilai:
100 % (presentase)

e. Sumber data
Rekam medis

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET ‰			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	0	0	0	100

g. Langkah Kegiatan

- 1). Peningkatan kompetensi dokter dan perawat; dan
- 2). Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medik

12. Kejadian (*re-admission*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan

a. Dimensi Mutu
Efektifitas, Kompetensi teknis

b. Tujuan

Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif

c. Definisi Operasional

Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan di rumah sakit

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu } \leq 1 \text{ bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dan tidak kembali Dirawat dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan



- 4) Standar Nilai:
100 % (presentase)

e. Sumber data
Rekam Medis

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET ‰			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan	0	0	0	100

g. Langkah Kegiatan

- 1). Peningkatan kompetensi dokter dan perawat; dan
- 2). Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medik

13. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

a. Dimensi Mutu
Efektifitas, Kompetensi Teknis

b. Tujuan
Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif

c. Definisi Operasional
Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Lamanya hari perawatan pasien gangguan jiwa} = \frac{\text{Jumlah rerata perawatan pasien Gangguan jiwa 6 minggu}}{\text{Jumlah seluruh hari perawatan Pasien gangguan jiwa 6 minggu}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu

3) Penyebut

Jumlah seluruh perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu

4) Standar Nilai:

≤ 6 minggu

e. Sumber data
Rekam Medik



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET			
	2018	2019	2020	2021
Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	0	0	0	≤ 2mg

g. Langkah Kegiatan

- 1). Peningkatan kompetensi dokter dan perawat; dan
- 2). Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medik

D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari

a. Dimensi Mutu

Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu Operasi elektif} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi (dalam 1 bulan)}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi (dalam 1 bulan)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi (dalam 1 bulan)

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi (dalam 1 bulan)

4) Standar

≤ 2 hari

e. Sumber data

Rekam Medis



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET HARI			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tunggu pasien operasi elektif ≤ 2 hari	2	1	1	1

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
- 2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan Intalasi Bedah Sentral; dan
- 3) Penambahan dokter spesialis bedah dan anastesi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

a. Dimensi Mutu
Keselamatan pasien

b. Tujuan
Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan

c. Definisi Operasional
Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya operasi salah orang} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dan tidak mengalami salah orang}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi Elektif}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dioperasi dan tidak mengalami salah orang

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang dioperasi elektif

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya operasi salah orang	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Operating Prosedur (SOP) persiapan operasi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Bedah Sentral

3. Kejadian kematian di meja operasi $\leq 1\%$

a. Dimensi Mutu

Keselamatan, efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral, anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.

c. 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.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian kematian di meja operasi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dilakukan operasi dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

$\leq 1\%$ (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian kematian pasien di meja operasi	0	0	0	0

g. Langkah Kegiatan
Peningkatan ketaatan pada Standar Operating Prosedur (SOP) pelaksanaan operasi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Bedah Sentral

4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

a. Dimensi Mutu
Keselamatan pasien

b. Tujuan
Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien.

c. Definisi Operasional
Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah sisi kiri atau sebaliknya.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya operasi salah sisi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang operasi tidak mengalami salah sisi}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dioperasi dan tidak mengalami salah sisi.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Operating Prosedur (SOP) persiapan operasi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

a. Dimensi Mutu

Keselamatan pasien

b. Tujuan

Tergambarnya ketelitian pada pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan.

c. Definisi Operasional

Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya salah tindakan operasi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang operasi dan tidak mengalami salah tindakan}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dioperasi dan tidak mengalami salah tindakan operasi.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kejadian operasi salah tindakan	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Operating Prosedur (SOP) persiapan operasi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral

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

a. Dimensi Mutu

Keselamatan pasien

b. Tujuan

Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi.

c. Definisi Operasional

Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kasa/gunting peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh setelah operasi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang operasi dan tidak mengalami tertinggalnya benda asing}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang operasi dan tidak mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi.

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh setelah operasi	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Operating Prosedur (SOP) tindakan operasi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Bedah Sentral

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

a. Dimensi Mutu
Keselamatan pasien

b. Tujuan
Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung.

c. Definisi Operasional
Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotrakheal tube.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian komplikasi anestesi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

≤ 6 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian komplikasi anestesi	2	2	2	2

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan ketaatan pada Standar Operating Prosedur (SOP) tindakan operasi; dan
- 2) Peningkatan kompetensi dokter anestesi dan penata anestesi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Bedah Sentral

E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

a. Dimensi Mutu Kesehatan

b. Tujuan

Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan

c. Definisi Operasional

Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, preeklamsi, eklamsi, partus lama dan sepsis.

Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinaan dan nifas.

Pre-eklamsi dan eklamsi mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklamsi dan eklamsi merupakan kumpulan dua dari tiga tanda,yaitu:

- 1) Tekanan darah sistolik >160mmHg dan diastolic >110mmHg;
- 2) Proteinuria >5gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif; dan
- 3) Oedem tungkai.

Eklampsia adalah tanda preeklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.

Partus lama adalah proses kelahiran yang berlangsung lama.

Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian kematian ibu karena persalinan} = \frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, preeklamsi/ eklamsi dan sepsis}}{\text{Jumlah pasien persalinaan dengan perdarahan preeklampsia/eklampsia dan sepsis}} \times 100\%$$



- 2) Pembilang
Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis dalam 1 (satu) bulan.
- 3) Penyebut
Jumlah pasien persalianan dengan perdarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis dalam satu bulan.
- 4) Standar Nilai:
Perdarahan : $\leq 1 \%$
Pre-eklampsia : $\leq 30 \%$
Sepsis : $\leq 0,2 \%$

e. Sumber data
Rekam medis Rumah Sakit

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kematian ibu karena persalinan:				
Perdarahan	1	1	1	1
Preeklampsi/eklampsi	25	25	25	24
Sepsis	0,2	0,2	0,2	0,2

g. Langkah Kegiatan

- 1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan;
- 2) Pelatihan kegawatdaruratan kebidanan, asuhan persalinan normal; dan
- 3) Kerjasama lintas sektoral terkait dengan rujukan kasus kebidanan.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medis

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

a. Dimensi Mutu
Kompetensi teknis

b. Tujuan
Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten

c. Definisi Operasional
Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan persalinan normal} = \frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan}}{\text{Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal}} \times 100\%$$



- 2) Pembilang
Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
- 3) Penyebut
Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
- 4) Standar Nilai:
100 % (Persentase)

e. Sumber data
Kepegawaian

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pemberi pelayanan persalinan normal	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan; dan
 - 2). Pelatihan asuhan persalinan normal

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medis

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

- a. Dimensi Mutu
Kompetensi teknis
- b. Tujuan
Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
- c. Definisi Operasional
Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit}}{\text{Tim PONEK}} = \frac{\text{Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih}}{\text{Tim PONEK}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang
Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
- 3) Penyebut
Tim PONEK



- 4) Standar Nilai
Tersedia
- e. Sumber data
Kepegawaian dan rekam medis
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	80	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Meningkatkan kompetensi dokter umum, bidan dan perawat; dan
 - 2). Pelatihan tim PONEK
 - h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medis
4. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria
- a. Dimensi Mutu
Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
 - b. Tujuan
Tergambarnya petolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
 - c. Definisi Operasional
Sectio caesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi (di luar atas permintaan pasien)
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Pertolongan persalinan melalui operasi Sectio Caesaria} = \frac{\text{Jumlah persalinan dengan sectio caesaria}}{\text{Jumlah total persalinan}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang
Jumlah persalinan dengan seksio caesaria dalam 1 (satu) bulan
 - 3) Penyebut
Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
 - 4) Standar Nilai
 $\leq 20\%$ (presentase)
 - e. Sumber data
Rekam medis Rumah Sakit.



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pertolongan persalinan melalui operasi secsio caesaria	20	15	15	13

g. Langkah Kegiatan

Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

5. Kemampuan menangani Berat Bayi Lahir Rendah 1500–2500 gr

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan keselamatan

b. Tujuan

Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani Berat Badan Lahir Rendah

c. Definisi Operasional

Berat Badan Lahir Rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr–kurang dari 2500 gr

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah 1500-2500 gr} = \frac{\text{Jumlah Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr - } \leq 2500 \text{ gr yang berhasil ditangani}}{\text{Jumlah seluruh Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr- } \leq 2500 \text{ gr yang ditangani}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr–2500 gr yang berhasil ditangani.

3) Penyebut

Jumlah seluruh Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr–2500 gr yang ditangani.

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis Rumah Sakit.



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah 1500 - 2500 gr	98	98	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1). Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia perinatologi; dan
- 2). Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan perinatologi.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data Komite Medis

6. Keluarga Berencana Mantap

a. Dimensi Mutu

Tersedianya pelayanan kontrasepsi mantap

b. Tujuan

Mutu dan kesinambungan pelayanan

c. Definisi Operasional

Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Pelayanan Keluarga Berencana Mantap}}{\text{Jumlah peserta Keluarga Berencana}} = \frac{\text{Jenis Pelayanan Keluarga Berencana mantap}}{\text{Jumlah peserta Keluarga Berencana}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jenis pelayanan Keluarga Berencana Mantap

3) Penyebut

Jumlah peserta Keluarga Berencana

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis dan laporan KB rumah sakit

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pelayanan Keluarga Berencana mantap	50	70	80	90



- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia Kebidanan; dan
 - 2). Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan Keluarga Berencana.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Bidang Pelayanan Medik

7. Konseling KB Mantap

- a. Dimensi Mutu
Ketersediaan kontrasepsi mantap
- b. Tujuan
Mutu dan kesinambungan pelayanan
- c. Definisi Operasional
Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Pelayanan} \\ \text{konseling} \\ \text{Keluarga} \\ \text{Berencana} \\ \text{Mantap} \end{array} = \frac{\text{Jumlah konseling layanan KB mantap}}{\text{Jumlah peserta Keluarga Berencana}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang
Jumlah konseling layanan Keluarga Berencana Mantap
 - 3) Penyebut
Jumlah peserta Keluarga Berencana mantap
 - 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Laporan unit layanan KB
 - f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pelayanan konseling keluarga Berencana mantap	50	70	80	90

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia Kebidanan di bidang konseling; dan
 - 2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan konseling Keluarga Berencana.



h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Bidang Pelayanan Medik

8. Kepuasan Pelanggan

a. Dimensi Mutu
Kenyamanan

b. Tujuan
Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan mutu persalinan

c. Definisi Operasional
Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan

d. Cara Perhitungan

1. Rumus

$$\text{Kepuasan Pelanggan pelayanan persalinan} = \frac{\text{Jumlah akumulasi rerata nilai kepuasan pasien}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2. Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei

3. Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)

4. Standar Nilai

≥ 80% (presentase)

e. Sumber data

Hasil Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan pelanggan pelayanan persalinan	70	80	85	90

g. Langkah Kegiatan

- 1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal customer service; dan
- 2) Meningkatkan kenyamanan ruang tunggu.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua komite mutu/tim mutu



F. PELAYANAN INTENSIF

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

a. Dimensi Mutu
Efektifitas

b. Tujuan
Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif

c. Definisi Operasional
Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{aligned} &\text{Rata-rata pasien yang kembali ke Intensife Care Unit dengan kasus yang sama < 72 jam} \\ &= \frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke Intensife Care Unit dengan kasus yang sama <72 jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang keluar dari ruang intensif}} \times 100\% \end{aligned}$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang keluar dari ruang intensif dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

≤3 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam Medis.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Rata-rata pasien yang kembali ke Intensife Care Unit dengan kasus yang sama < 72 jam	3	3	2	2

g. Langkah Kegiatan

- 1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia pelayanan intensif;
- 2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan intensif;
- 3) Revisi prosedur criteria pasien masuk dan keluar Intensife Care Unit; dan
- 4) Sosialisasi prosedur kriteria pasien masuk dan keluar ICU kepada dokter IGD, Dokter umum dan dokter spesialis.



h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medis

2. Pemberi pelayanan Intensif Care Unit

a. Dimensi Mutu
Kompetensi teknis

b. Tujuan
Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten

c. Definisi Operasional
Pemberi pelayanan intensif adalah Dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir Intensif Care Unit/setara.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan Intensif Care Unit} = \frac{\text{Jumlah dokter spesialis dan perawat bersertifikat Intensif Care Unit}}{\text{Jumlah dokter dan perawat pemberi pelayanan di Intensif Care Unit}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah tenaga Dokter Spesialis Anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir Intensif Care Unit/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif

3) Penyebut

Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data
Kepegawaian.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pemberi pelayanan di Intensif Care Unit:				
Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis yang sesuai kasus	75	100	100	100
Perawat bersertifikat	30	50	70	100



- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Mengirimkan dokter untuk mengambil spesialisasi anestesi;
 - 2). Mengirimkan perawat untuk pelatihan perawatan intensif; dan
 - 3). Mengadakan Inhouse Training Perawatan Intensif.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Komite Medis

G. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax ≤ 3 jam

- a. Dimensi Mutu
Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
- b. Tujuan
Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
- c. Definisi Operasional
Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax} = \frac{\text{Jumlah pasien foto thorax dengan waktu tunggu} \leq 3 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang difoto thorax}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang
Jumlah pasien yang dilayani foto thorax dengan waktu tunggu ≤ 3 jam
 - 3) Penyebut
Jumlah seluruh pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
 - 4) Standar Nilai
≤ 3 jam
- e. Sumber data
Rekam Medis.
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	30	60	85	90



- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Meningkatkan sarana dan prasarana radiologi; dan
 - 2). Meningkatkan kesejahteraan karyawan.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksanaan expertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi

a. Dimensi Mutu
Kompetensi teknis

b. Tujuan
Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis

c. Definisi Operasional
Pelaksana expertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Pelaksanaan} \\ \text{ekspertasi} \\ \text{oleh spesialis} \\ \text{radiologi} \end{array} = \frac{\text{Jumlah foto rontgen yg dibaca dan} \\ \text{diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi}}{\text{Jumlah pasien yang difoto rontgen}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Kepala Instalasi Radiologi.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pelaksanaan expertisi oleh spesialis radiologi	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan dokter spesialis radiologi
- 2) Meningkatkan fasilitas expertisi radiologi.



- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Direktur Rumah sakit/Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian hasil foto rontgen tidak dapat dibaca

- a. Dimensi Mutu
Efektifitas dan efisiensi
- b. Tujuan
Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
- c. Definisi Operasional
Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto rontgen yang tidak dapat dibaca
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Kejadian hasil foto rontgen tidak dapat dibaca} = \frac{\text{Jumlah foto rontgen yang tidak dapat dibaca}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan difoto rontgen}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang
Jumlah foto rontgen yang rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
- 3) Penyebut
Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 (satu) bulan
- 4) Standar Nilai
≤ 2 % (presentase)
- e. Sumber data
Survey
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian hasil foto rontgen tidak dapat dibaca	2	2	2	1

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Meningkatkan kompetensi penata radiologi; dan
 - 2). Merekrut tenaga tehnik radiologi.
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

- a. Dimensi Mutu
Kenyamanan



b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi

d. Cara Perhitungan

1. Rumus

$$\text{Kepuasan Pelanggan radiologi} = \frac{\text{Jumlah akumulasi rerata nilai kepuasan pasien}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2. Pembilang

Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas

3. Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)

4. Standar Nilai

≥ 80% (presentase)

e. Sumber data

Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan pelanggan radiologi	70	80	85	90

g. Langkah Kegiatan

- 1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal customer service; dan
- 2) Meningkatkan kenyamanan ruang tunggu.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Radiologi

H. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Kimia darah dan darah rutin ≤ 140 menit

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium



c. Definisi Operasional
 Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani} \leq 140 \text{ menit dalam survei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dilayani dengan waktu tunggu ≤ 140 menit yang disurvei dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang disurvei di laboratorium dalam bulan tersebut

4) Standar Nilai

≤ 140 menit

e. Sumber data

Hasil Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium darah	92	95	100	100

g. Langkah Kegiatan

1). Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium; dan

2). Rekrutmen analis kesehatan.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis

b. Tujuan

Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis



c. Definisi Operasional

Pelaksana Ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekpertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Pelaksanaan ekspertisi oleh dokter spesialis Patologi Klinik} \times \text{Jumlah hasil lab yg diekspertisi Hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa Laboratorium}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang diperiksa dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Register Instalasi Laboratorium

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pelaksanaan ekspertasi oleh spesialis Patologi Klinik	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium

a. Dimensi Mutu

Keselamatan

b. Tujuan

Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium



c. Definisi Operasional
Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Tidak adanya} \\ \text{kesalahan} \\ \text{pemberian} \\ \text{hasil} \\ \text{pemeriksaan} \\ \text{laboratorium} \end{array} = \frac{\text{Jumlah pemberian hasil laboratorium yang tidak salah orang}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa laboratorium}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pemberian hasil pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium yang salah orang dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam 1 (satu) bulan tersebut

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam Medis

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya pemberian hasil laboratorium yang salah orang	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1). Revisi prosedur pemberian hasil laboratorium; dan
- 2). Pemutahiran data pasien yang periksa laboratorium.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium



c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium

d. Cara Perhitungan

1). Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan} = \frac{\text{Jumlah akumulasi rerata penilaian kepuasan pasien}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2). Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

3). Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)

4). Standar Nilai

≥ 80 % (presentase)

e. Sumber data

Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan Pelanggan laboroioium	80	85	87	90

g. Langkah Kegiatan

- 1). Pelatihan Customer Service; dan
- 2). Perbaikan ruang tunggu laboratorium.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium

I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan.

a. Dimensi Mutu

Kesinambungan pelayanan dan efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan



c. Definisi Operasional

Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Kejadian pasien drop out terhadap pelayanan rehab medik}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang drop out}} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang drop out}}{\text{Jumlah pasien yang program rehabilitasi Medik}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien yang drop out

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik

4) Standar Nilai

≤ 50 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam Medis

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian pasien drop out terhadap pelayanan rehab medik	40	30	25	20

g. Langkah Kegiatan

- 1) Meningkatkan peralatan medis rehab medik;
- 2) Perbaiki gedung dan fasilitas ruang rehab medik; dan
- 3) Peningkatan mutu/kualitas SDM.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rehab Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik

c. Definisi Operasional

Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman Standar Pelayanan Rehabilitasi Medik



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medic}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik yang tidak mengalami kesalahan tindakan}} \times 100\% = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan}}{\text{Jumlah pasien yang program rehabilitasi Medik}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik

4) Standar Nilai

100% (presentase)

e. Sumber data

Rekam Medis dan register instalasi rehab medik.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kejadian salah tindakan rehab medik	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1). Meningkatkan ketaatan pada prosedur rehab medik; dan
- 2). Meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia rehab medik.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rehab Medik

3. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medic



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan rehab medik} = \frac{\text{Jumlah kumulatif rerata hasil penilaian kepuasan pasien}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)

4) Standar Nilai

≥ 80 % (presentase)

e. Sumber data

Survei.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan pelanggan rehab medik	75	80	85	85

g. Langkah Kegiatan

- 1). Pelatihan customer service;
- 2). Meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia rehab medik; dan
- 3). Penambahan peralatan rehab medis.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rehab Medik

K. PELAYANAN FARMASI

1 Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi ≤ 30 menit

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi}}{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu pelayanan obat jadi} \leq 30 \text{ menit}} = \frac{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu pelayanan obat jadi} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 30 menit, untuk pelayanan obat jadi

3) Penyebut

Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut

4) Standar Nilai

Obat jadi ≤ 30 menit

e. Sumber data Survei.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	95	97	98	98

g. Langkah Kegiatan

- 1). Penambahan loket penerimaan resep; dan
- 2). Penambahan tenaga asisten apoteker.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data Kepala Instalasi Farmasi

1b. Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan ≤ 60 menit

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan}}{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu pelayanan obat racikan } \leq 60 \text{ menit}} \times 100 \% = \frac{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu pelayanan obat racikan } \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit untuk pelayanan obat racikan.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut

4) Standar Nilai ≤ 60 menit

e. Sumber data Hasil Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	80	90	90	95

g. Langkah Kegiatan

- 1). Penambahan sarana dan prasarana farmasi; dan
- 2). Penambahan tenaga asisten apoteker.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat

c. Definisi Operasional

Kesalahan pemberian obat meliputi: salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang, dan salah jumlah.



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Tidak adanya kesalahan dalam pemberian obat} \times \text{Jumlah pasien yang tidak mengalami kesalahan pemberian obat di instalasi farmasi}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data Survei.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

1). Penambahan tenaga asisten apoteker.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data Kepala Instalasi Farmasi

3. Penulisan resep sesuai dengan formularium

a. Dimensi Mutu Efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya efesiensi pelayanan obat kepada pasien

c. Definisi Operasional

Formularium obat adalah daftar obat yg digunakan di rumah sakit

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Penulisan resep sesuai dengan formularium} \times \text{Jumlah resep yang sesuai formularium}}{\text{Jumlah sampel resep yang disurvei}} \times 100 \%$$



- 2) Pembilang
Jumlah resep yg diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
- 3) Penyebut
Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam 1 (satu) bulan (n minimal 50)
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)

e. Sumber data
Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Penulisan resep sesuai dengan formularium	80	90	95	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). peningkatan komitmen dengan komite medik; dan
 - 2). pemberlakuan formularium yang efektif.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Farmasi

4. Kepuasan Pelanggan

- a. Dimensi Mutu
Kenyamanan
- b. Tujuan
Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
- c. Definisi Operasional
Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan} = \frac{\text{Jumlah pasien yang menyatakan puas}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei}} \times 100 \%$$

- 2) Pembilang
Jumlah hasil penilaian pasien yang menyatakan puas

- 3) Penyebut
Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)



- 4) Standar Nilai
≥ 80 % (presentase)

e. Sumber data
Survei.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kepuasan pelanggan	80	85	90	95

- g. Langkah Kegiatan
 - 1). Peningkatan kenyamanan ruang tunggu; dan
 - 2). Pelatihan customer service.

h. Penanggung jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Farmasi

L. PELAYANAN INSTALASI GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

a. Dimensi Mutu
Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi

b. Tujuan
Tergambarnya efektifitas pelayanan Instalasi Gizi

c. Definisi Operasional
Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan yaitu pagi jam: 07.00 WIB, Siang jam 11.30 WIB, Sore jam 17.00 WIB)

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien} = \frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang mendapat makanan tepat waktu}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei

4) Standar Nilai

≥ 90% (presentase)



e. Sumber data Survei.

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	90	95	97	98

g. Langkah Kegiatan

- 1) Penambahan Sumber Daya Manusia (Ahli Gizi, Juru Masak, Penyaji)
- 2) Peningkatan sarana dan prasarana;
- 3) Peningkatan Kinerja Instalasi gizi; dan
- 4) Pengadaan Barang Dish Washing.

h. Penanggung jawab Pengumpulan Data Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Instalasi.Gizi

c. Definisi Operasional

Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman Asuhan Gizi Rumah Sakit)

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien} = \frac{\text{Jumlah sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei

4) Standar Nilai

≤ 20% (presentase)

e. Sumber data Survei.



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20	18	15	12

g. Langkah Kegiatan

Pelatihan Penyajian Menu dan Makanan, komunikasi efektif, dan Update Ilmu Gizi Klinik

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian diet

a. Dimensi Mutu

Keamanan, dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi

c. Definisi Operasional

Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet} = \frac{\text{Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yg salah diet

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap yg disurvei

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Hasil Survei.



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	98	98	99	100

g. Langkah Kegiatan
Penambahan tenaga ahli gizi

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Gizi

L. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

- a. Dimensi Mutu
Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
- b. Tujuan
Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit
- c. Definisi Operasional
Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi yang ada di Rumah Sakit
- d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{aligned} &\text{Pemenuhan} \\ &\text{kebutuhan} \\ &\text{darah bagi} \\ &\text{setiap} \\ &\text{pelayanan di} \\ &\text{rumah sakit} \end{aligned} = \frac{\text{Jumlah permintaan kebutuhan darah} \\ \text{Yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah} \\ \text{Dalam 1 bulan}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat di penuhi dalam 1 bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

- e. Sumber data
Hasil Survey



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

1. Permintaan darah sesuai indikasi medis
2. Pelayanan BDRS dilaksanakan 24 jam
3. Pemutahiran data kebutuhan darah
4. MOU dengan unit donor darah PMI untuk pemenuhan kebutuhan darah di Rumah sakit

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Laboratorium

1. Kejadian Reaksi Transfusi

a. Dimensi Mutu

Kejadian reaksi transfusi

b. Tujuan

Tergambarnya manajemen resiko pada UTD

c. Definisi Operasional

Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk alergi, infeksi akibat nutrisi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian reaksi transfusi} = \frac{\text{Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam Satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapat Transfusi dalam 1 bulan}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan

4) Standar Nilai

< 0,01% (presentase)

e. Sumber data

Rekam Medik



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kejadian Reaksi Transfusi	<0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01

g. Langkah Kegiatan

1. Terpenuhi SDM sesuai dengan kompetensinya
2. Pelatihan/diklat untuk peningkatan SDM
3. Pencatatan pelaporan yang kontinyu
4. Monitoring kejadian reaksi transfusi darah

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Laboratorium

M. PELAYANAN KELUARGA MISKIN (GAKIN)

1. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap Unit Pelayanan

a. Dimensi Mutu
Kenyamanan

b Tujuan
Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin

c Definisi Operasional
Pasien keluarga Miskin adalah pasien pemegang kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin.

d Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit} = \frac{\text{Jumlah pasien keluarga miskin yang terlayani rumah sakit/pelayanan kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien keluarga miskin yang terlayani rumah sakit/pelayanan kesehatan dalam kurun waktu 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)



e Sumber data
Register pasien keluarga miskin yang masuk ke Rumah Sakit

f Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap Unit Pelayanan	100	100	100	100

g Langkah Kegiatan
Evaluasi Pelayanan

h Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Direktur RSUD Prembun

N. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)

a. Dimensi Mutu
Kesesuaian pelayanan dan keselamatan

b. Tujuan
Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik

c. 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 rawat jalan

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)}}{\text{Jumlah data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap}} \times 100 \%$$

$$\frac{\text{Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan}}{\text{Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan}}$$

2) Pembilang

Jumlah data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap

3) Penyebut

Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan



- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)

e. Sumber data
Hasil Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)	80	85	90	95

g. Langkah Kegiatan

- 1) Diseminasi ke Staf Medis Fungsional, Kepala Instalasi Rawat Jalan agar mengetahui kelengkapan rekam medik;
- 2) Pelatihan kepada karyawan/karyawati di Instalasi Rekam Medik; dan
- 3) Koordinasi dengan Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Komite Medis dalam rangka pengendalian kepatuhan pengisian RM di Rawat Jalan

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Rekam Medik

2. Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)

a. Dimensi Mutu
Kesinambungan pelayanan dan keselamatan

b. Tujuan
Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik

c. Definisi Operasional
Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dan perawat (Asuhan Keperawatan) dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)} = \frac{\text{Jumlah data rekam medik yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah data seluruh rekam medik yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah data rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap



- 3) Penyebut
Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
- 4) Standar Nilai
100% (presentase)

e. Sumber data
Hasil Survei

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)	60	70	80	80

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Diseminasi ke Kepala Instalasi Rawat Inap (Bangsal) agar mengetahui kelengkapan Rekam Medis; dan
 - 2) Pelatihan kepada karyawan/karyawati di Seksi Medis
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Seksi Rekam Medik dan Rujukan

3. Kelengkapan *Informed Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

b. Dimensi Mutu
Keselamatan

c. Tujuan
Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

d. Definisi Operasional
Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut

e. Cara Perhitungan
1) Rumus

$$\frac{\text{Kelengkapan } \textit{Informed Consent} \text{ setelah mendapatkan informasi yang jelas}}{\text{Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik}} \times 100 \%$$

- 2) Pembilang
Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan



- 3) Penyebut
Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
- 4) Standar Nilai
100 % (prosentase)
- e. Sumber data
Hasil Survei
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	90	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
Desimenasi prosedur pemberian *informed concent*.
 - h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Seksi Medis
4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit
- a. Dimensi Mutu
Efektivitas, kenyamanan, dan efisiensi
 - b. Tujuan
Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
 - c. 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
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\frac{\text{Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan } \leq 10 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang dilayani } \leq 10 \text{ menit sampel rawat jalan yang diamati}} \times 100 \%$$

Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
 - 2) Pembilang
Jumlah pasien yang dilayani ≤ 10 menit sampel rawat jalan yg diamati
 - 3) Penyebut
Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)



4) Standar Nilai
100 % (presentase)

e. Sumber data

Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru atau diruang rekam medis untuk pasien lama

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	85	90	95	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan barang untuk dokumen rekam medis agar persediaan pada instalasi rawat jalan mencukupi baik dalam bentuk blangko maupun status pasien;
- 2) Perbaikan alur pelayanan (Pembuatan Protap); dan
- 3) Pengadaan sistim informasi manajemen rumah sakit

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Seksi Rekam Medis dan Rujukan

5. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit

a. Dimensi Mutu

Efektivitas, kenyamanan, dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap

c. Definisi Operasional

Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat inap adalah waktu pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap } \leq 15 \text{ menit} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani } \leq 15 \text{ menit sampel rawat inap yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati}} \times 100$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dilayani ≤ 15 menit sampel rawat inap yang diamati



- 3) Penyebut
Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati (N tidak kurang dari 100)
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat inap
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	75	80	85	90

- g. Langkah Kegiatan
Pengadaan Barang untuk Dokumen Rekam Medis agar persediaan pada Instalasi Rawat Inap mencukupi baik dalam bentuk Blangko maupun Status Pasien
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Seksi Medis

O. PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH

- 1) Baku mutu limbah cair
 - a. Dimensi Mutu
Keselamatan
 - b. Tujuan
Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
 - c. 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: 1) BOD (Biological Oxygen Demand):30 mg/liter. 2) COD (Chemical Oxygen Demand):80 mg/liter. 3) TSS (Total Suspended Solid):30 mg/liter. 4) PH (Power Of Hydrogen) : 6-9
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\text{Baku mutu limbah cair} = \frac{\text{Hasil Laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair}} \times 100 \%$$



- 2) Pembilang
Hasil Laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
- 3) Penyebut
Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Hasil pemeriksaan
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Baku mutu limbah cair				
a. BOD < 30 mg/l	100	100	100	100
b. COD < 80 mg/l	100	100	100	100
c. TSS < 30 mg/l	100	100	100	100
d. PH 6-9	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1) Pemeriksaan sampel rutin untuk pengukuran parameter lingkungan oleh lembaga lingkungan yang bersertifikat
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Higiene Sanitasi
- 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
 - a. Dimensi Mutu
Keselamatan
 - b. Tujuan
Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
 - c. 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: sisa jarum suntik, sisa ampul, kasa bekas dan sisa jaringan tubuh. Pengelolaan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\begin{array}{l}
 \text{Pengelolaan limbah} \\
 \text{padat infeksius} \\
 \text{sesuai dengan} \\
 \text{aturan}
 \end{array}
 = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah limbah padat yang dikelola} \\ \text{sesuai dengan standart prosedur} \\ \text{operasional} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah seluruh pemeriksaan} \\ \text{limbah pada} \end{array}} \times 100 \%$$



- 2) Pembilang
Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
- 3) Penyebut
Jumlah seluruh pemeriksaan limbah padat
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Hasil pengamatan
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	80	80	100	100

- g. Langkah Kegiatan
Perawatan Insenerator secara berkala
- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Higyne Sanitasi

P. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi

- a. Dimensi Mutu
Efektifitas
- b. Tujuan
Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
- c. 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.
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\begin{array}{l}
 \text{Tindak Lanjut} \\
 \text{Penyelesaian hasil} \\
 \text{pertemuan tingkat} \\
 \text{Direksi}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah Pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam waktu 3 (tiga) bulan}}{\text{Total Pertemuan yang diselenggarakan direksi 3 (tiga) bulan}} \times 100 \%$$



- 2) Pembilang
Jumlah pertemuan Direksi yang ditindak lanjuti dalam waktu 3 (tiga) bulan
- 3) Penyebut
Jumlah pertemuan Direksi yang ditindak lanjuti dalam waktu 3 (tiga) bulan
- 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Notulensi Rapat, dan Lembar Disposisi
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tindak Lanjut Penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi	90	95	100	100

- g. Langkah Kegiatan
 - 1. Peninjauan terhadap aturan yang dibuat dengan cara;
 - a) merevisi protap dan kebijakan Direktur; dan
 - b) Membentuk Tim untuk meninjau Kembali/review protap dan kebijakan Direktur
 - 2) Pembentukan Administrasi Rapat dengan cara: menunjuk notulensi (Personil) / sesuai dengan kegiatan (Koordinator Bagian/Bidang mengetahui masalah yang dihadapi dan hasil rencana tindak lanjut).
 - h. Penanggungjawab pengumpul data
Direktur Rumah Sakit dan Kepala Bagian Tata Usaha
2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
- a. Dimensi Mutu
Efektifitas, dan efisiensi
 - b. Tujuan
Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
 - c. 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 pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal) indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah.
Laporan Akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 (tiga) bulan sekali



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja} = \frac{\text{Laporan Akuntabilitas yang lengkap dalam satu tahun}}{\text{Jumlah Laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Laporan Akuntabilitas yang lengkap dalam 1 (satu) tahun

3) Penyebut

Jumlah Laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Laporan

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

Evaluasi Laporan

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Subbagian Perencanaan

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, efisiensi, dan kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai

c. Definisi Operasional

Usulan Kenaikan Pangkat Pegawai dilakukan dua periode dalam 1 (satu) tahun yaitu bulan April dan Oktober. Usulan berdasarkan data rencana dari Sub Bagian Kepegawaian dan diinformasi kepada yang bersangkutan melalui Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi Bidang/Kepala Instalasi/Kepala Bangsal berupa Surat Edaran.



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat} = \frac{\text{Jumlah Pegawai yang diusulkan sesuai periode kenaikan pangkat}}{\text{Total Seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat sesuai dengan periode}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Pegawai yang diusulkan sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun

3) Penyebut

Total Seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat sesuai dengan periode dalam 1 (satu) tahun

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Buku Kendali Kenaikan Pangkat di Subbagian Kepegawaian

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

1. Pengadaan Computer untuk Sistem Informasi Pegawai; dan
2. Pengadaan/Rekrutmen Pegawai untuk peningkatan kualitas pelayanan di Subbagian Kepegawaian

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Subbagian Kepegawaian

4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai

c. Definisi Operasional

Usulan Kenaikan Gaji Berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan Kepegawaian yang berlaku (Setiap 2 (dua) tahun sekali) sesuai dengan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala}}{\text{Jumlah Pegawai yang mendapatkan Kenaikan Gaji Berkala}} = \frac{\text{Total Seluruh pegawai yang Seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala}}{\text{Total Seluruh pegawai yang Seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Pegawai yang mendapatkan Kenaikan Gaji Berkala

3) Penyebut

Total Seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkalan dalam 1 (satu) tahun

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

f. Sumber data

Buku Kendali Kenaikan Gaji Berkala

g. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100	100	100	100

h. Langkah Kegiatan

Melakukan monitoring dan evaluasi pengendalian kenaikan gaji berkala

i. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Subbagian Kepegawaian

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis

b. Tujuan

Tergambar kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia

c. 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.



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Karyawan} \\ \text{yang} \\ \text{mendapat} \\ \text{pelatihan} \\ \text{minimal 20} \\ \text{jam pertahun} \end{array} = \frac{\text{Jumlah Karyawan yang mengikuti} \\ \text{pelatihan minimal 20 jam pertahun}}{\text{Total Karyawan RSUD Total} \\ \text{Karyawan RSUD}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Karyawan yang mengikuti pelatihan minimal 20 jam pertahun

3) Penyebut

Total Karyawan RSUD Total Karyawan RSUD

4) Standar Nilai

≥ 60 % (presentase)

e. Sumber data

Sub bagian Kepegawaian

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	50	60	65	65

g. Langkah Kegiatan

Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur dengan Pendidikan dan Pelatihan Non Formal untuk peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia dengan cara;

- 1). Pelatihan fungsional;
- 2). Pelatihan Keuangan dan Manajemen; dan
- 3). Pelatihan Teknis.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Ka Sub Bag Kepegawaian

6. Cost Recovery

a. Dimensi Mutu

Efisien, dan efektivitas

b. Tujuan

Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit

c. Definisi Operasional

Cost Recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cost Recovery} = \frac{\text{Jumlah pendapatan fungsional digunakan dalam satu tahun}}{\text{Total pembelanjaan operasional dalam satu tahun}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pendapatan fungsional digunakan dalam 1 (satu) tahun

3) Penyebut

Total pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) tahun

4) Standar Nilai

≥ 40 % (presentase)

e. Sumber data

1. Laporan Keuangan
2. Penyelesaian Program SIM RS

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Cost Recovery	20	30	35	40

g. Langkah Kegiatan

Melakukan evaluasi Laporan keuangan

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan

7. Ketepatan waktu Penyusunan Laporan Keuangan

a. Dimensi Mutu

Efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit

c. Definisi Operasional

Laporan Keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan Keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu Penyusunan Laporan Keuangan} = \frac{\text{Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya}}{\text{Total laporan keuangan yang harus diselesaikan}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Total laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Laporan Keuangan

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketepatan waktu Penyusunan Laporan Keuangan	90	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Melakukan evaluasi laporan keuangan; dan
- 2) Penyelesaian program SIM RS

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan

8. Kecepatan Waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, dan Kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap

c. 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 sesuai jadwal visite dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien



d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Kecepatan Waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap } \leq 2 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terlayani dalam diberi informasi tagihan } \leq 2 \text{ jam}} = \frac{\text{Jumlah total pasien rawat inap yang diberi informasi tagihan } \leq 2 \text{ jam}}{\text{Jumlah total pasien rawat inap yang diberi informasi tagihan } \leq 2 \text{ jam}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien rawat inap yang terlayani dalam diberi informasi tagihan ≤ 2 jam

3) Penyebut

Jumlah total pasien rawat inap yang diberi informasi tagihan ≤ 2 jam

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Hasil Pengamatan Data Pasien Rawat Inap yang pulang

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kecepatan Waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam	60	70	80	90

g. Langkah kegiatan

1. penambahan jumlah perangkat komputer;
2. Program Billing Sistem untuk memudahkan penghitungan secara cepat, tepat dan akurat; dan Penataan Kembali terhadap administrasi Bangsal; dan
3. Penambahan tenaga administrasi bangsal

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan

1. Ketepatan waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Kesepakatan waktu

a. Dimensi Mutu

Efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan



c. Definisi Operasional

Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 (satu) bulan sesuai kesepakatan waktu pembagian

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Ketepatan waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Kesepakatan waktu}}{\text{Jumlah bulan dalam pemberian insentif yang tepat waktu}} = \frac{\text{Jumlah bulan dalam pemberian insentif yang tepat waktu}}{\text{Jumlah bulan pemberian insentif Dalam 1 (satu) tahun}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah ketepatan pemberian Insentif setiap bulan sesuai dengan kesepakatan waktu

3) Penyebut

Jumlah bulan pemberian insentif dalam 1 (satu) tahun

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Catatan di Bidang Keuangan

f. Target

Indikator Kinerja	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketepatan waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Kesepakatan waktu	50	70	90	100

g. Langkah Kegiatan

Evaluasi waktu pembagian jasa pelayanan

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan

Q. PELAYANAN AMBULAN/KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah 24 Jam

a. Dimensi Mutu

Akses

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan ambulan/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang dibutuhkan



c. Definisi Operasional

Waktu pelayanan ambulan/kereta jenazah adalah ketersediaan ambulan/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien

d. Cara Perhitungan

1. Rumus

$$\text{Waktu Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah 24 Jam} = \frac{\text{Jumlah waktu buka pelayanan ambulan perhari}}{\text{Total hari dalam bulan terhadap pelayanan ambulan}} \times 100 \%$$

2. Pembilang

Jumlah waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulan perhari dalam 1 (satu) bulan

3. Penyebut

Total hari dalam bulan terhadap pelayanan ambulan

4. Standar

100 % (presentase)

e. Sumber data

Buku Registrasi Pelayanan /Permintaan Ambulan

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah 24 Jam	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

1. Evaluasi penggunaan ambulan
2. Peningkatan pengetahuan driver dalam tertib administrasi

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Subbagian Umum

2. Kecepatan memberkan pelayanan ambulan/kereta jenazah ≤ 30 menit.

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulan/kereta jenazah



c. Definisi Operasional

Kecepatan memberikan pelayanan ambulan/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulan/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulan/kereta jenazah ≤ 30 Menit

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Kecepatan} \\ \text{memberikan} \\ \text{Pelayanan} \\ \text{Ambulan/Kereta} \\ \text{Jenazah} \leq 30 \text{ Menit} \end{array} = \frac{\text{Jumlah penyediaan ambulan/} \\ \text{kereta jenazah yang terpenuhi} \\ \leq 30 \text{ Menit}}{\text{Total seluruh} \\ \text{ambulan/kereta jenazah}} \times 100 \% \\ \text{permintaan}$$

2) Pembilang

Jumlah penyediaan ambulan/kereta jenazah yang terpenuhi waktu dalam 1 (satu) bulan yang ≤ 30 Menit.

3) Penyebut

Total seluruh permintaan ambulan/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

e. Sumber data

Catatan Penggunaan Pelayanan Ambulance

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah ≤ 30 Menit	50	90	95	100

g. Langkah Kegiatan

Evaluasi Pelayanan ambulan
Penambahan armada ambulan jenazah

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Subbagian Umum

3. Kecepatan menyediakan ambulance untuk rujukan pasien dalam waktu ≤ 2 jam

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulan/kereta jenazah untuk Rujukan Pasien



c. Definisi Operasional

Kecepatan memberkan pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/kereta jenazah ≤ 2 Jam

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\frac{\text{Kecepatan Menyediakan ambulans untuk Rujukan Pasien dalam waktu } \leq 2 \text{ jam}}{\text{Jumlah penyediaan ambulans/kereta jenazah yang terlayani waktu } \leq 2 \text{ Jam}} \times 100 \% = \frac{\text{Total seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah}}{\text{Total seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah penyediaan ambulans/kereta jenazah yang waktu ≤ 2 Jam terlayani dalam kurun waktu 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Total seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Catatan penggunaan ambulance / kereta jenazah

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kecepatan Menyediakan ambulance untuk Rujukan Pasien dalam waktu ≤ 2 jam	60	80	90	95

g. Langkah Kegiatan

Penambahan Sumber Daya Manusia supir ambulans jenazah

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Subbagian Umum



R. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan Jenazah ≤ 2 Jam

a. Dimensi Mutu
Kenyamanan

b. Tujuan
Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah

c. Definisi Operasional
Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Waktu tanggap} \\ \text{pelayanan} \\ \text{pemulasaraan} \\ \text{Jenazah} \leq 2 \\ \text{Jam} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah jenazah yang telah terlayani} \\ \text{oleh instalasi pemulasaraan jenazah} \leq \\ \text{2 Jam} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Total keseluruhan jenazah} \\ \text{yang masuk ke Rumah Sakit} \end{array}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah jenazah yang telah terlayani oleh instalasi pemulasaraan jenazah ≤ 2 Jam dalam kurun waktu 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Total keseluruhan jenazah yang masuk ke RSUD 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Pencatatan Instalasi pemulasaraan jenazah

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	90	98	98	100

g. Langkah Kegiatan

1. Penambahan petugas jenazah, sehingga petugas standby 24 jam di ruang pemulasaraan jenazah
2. Pengadaan petugas wanita yang tetap

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah



S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat

c. Definisi Operasional

Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak yang diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Kecepatan} \\ \text{waktu} \\ \text{menanggapi} \\ \text{kerusakan} \\ \text{alat} \end{array} = \frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang} \\ \text{ditanggapi} \leq 15 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan} \\ \text{alat}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Catatan laporan kerusakan alat

f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	50	65	70	75

g. Langkah Kegiatan

- 1) Meningkatkan kinerja karyawan;
- 2) Ketersediaan dana yang memenuhi; dan
- 3) Pengadaan pelatihan-pelatihan



- h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS)

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat

- a. Dimensi Mutu
Efektifitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan
- b. Tujuan
Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
- c. Definisi Operasional
Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
- d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

$$\frac{\text{Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan}} \times 100 \%$$

= $\frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan}} \times 100 \%$
 - 2) Pembilang
Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
 - 3) Penyebut
Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) Bulan.
 - 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
- e. Sumber data
Register pemeliharaan alat
- f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat	70	70	75	75



- g. Langkah Kegiatan
 1. Pemeliharaan alat secara berjangka agar alat-alat medis dan non medis dapat terkontrol dengan baik dan tidak cepat rusak;
 2. Penambahan Sumber Daya Manusia;
 3. Ketersediaan dana cukup untuk memenuhi kebutuhan pemeliharaan Rumah sakit; dan
 4. Pengadaan pelatihan- pelatihan
 - h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS)
3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
- a. Dimensi Mutu
Keselamatan dan efektifitas
 - b. Tujuan
Tergambarnya akurasi pelayanan Laboratorium
 - c. Definisi Operasional
Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan Laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
 - d. Cara Perhitungan
 - 1) Rumus

Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	=	$\frac{\text{Jumlah seluruh alat Laboratorium yang perlu dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun}}{\text{Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun}}$	x 100 %
--	---	---	---------
 - 2) Pembilang
Jumlah seluruh alat Laboratorium yang perlu dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun.
 - 3) Penyebut
Jumlah alat Laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
 - 4) Standar Nilai
100 % (presentase)
 - e. Sumber data
Buku Register



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	70	85	90	95

g. Langkah Kegiatan

Kalibrasi Alat Kesehatan agar didapat keakuratan hasil

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS)

T. PELAYANAN LOUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

a. Dimensi Mutu

Efisiensi dan efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry

c. Definisi Operasional

Tidak Ada

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Tidak} \\ \text{adanya} \\ \text{kejadian} \\ \text{linen yang} \\ \text{hilang} \end{array} = \frac{\text{Jumlah linen yang keluar dari unit laundry}}{\text{Jumlah seluruh linen yg masuk unit laundry dalam 1 (satu)bulan}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah linen yang hilang dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh linen yang masuk unit laundry dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Hasil Survei.



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tidak adanya kejadian linen yang hilang	95	99	99	99

g. Langkah Kegiatan

Pengadaan sarana dan prasarana dengan pembelian linen yang berbeda antar setiap ruang

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laundry

3. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

a. Dimensi Mutu

Efisiensi dan efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry

c. Definisi Operasional

Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen (baju operasi, selimut, spreng, sarung bantal) sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap} = \frac{\text{Jumlah hari dalam 1 (satu) bulandengan penyediaan linen tepat waktu}}{\text{Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah hari dalam 1(satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu.

3) Penyebut

Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Survei.



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	90	95	97	98

g. Langkah Kegiatan

- 1). Penambahan tenaga laundry; dan
- 2). Pengadaan mesin cuci, mesin pengering dan sertika.

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Laundry

U. PELAYANAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. Ada anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih

a. Dimensi Mutu
Kompetensi Teknis

b. Tujuan

Tersedianya anggota tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim Pencegah Pengendalian Infeksi.

c. Definisi Operasional

Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut Pencegah Pengendalian Infeksi.

d. Cara Perhitungan

a. Rumus

$$\text{Ada anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang terlatih} = \frac{\text{Jumlah Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang sudah terlatih}}{\text{Jumlah Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi}} \times 100 \%$$

b. Pembilang

Jumlah Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yg sudah terlatih

c. Penyebut

Jumlah Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi

d. Standar Nilai

≥ 75 % (presentase)

e. Sumber data

Kepegawaian



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Ada anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang terlatih	50	60	75	80

g. Langkah Kegiatan

1. Penambahan jumlah anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi; dan
2. Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Advance untuk IPCN dan Dokter PPI

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Ketua Tim Infeksi Nosokomial

2. Tersedia Alat Perlindungan Diri di setiap instalasi

a. Dimensi Mutu

Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung

b. Tujuan

Tersedianya alat perlindungan diri di setiap Instalasi dan Bangsal

c. Definisi Operasional

Alat Standard yang berguna untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu bot, baju apron, dan kacamata las

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tersedia alat perlindungan diri di setiap instalasi} = \frac{\text{Jumlah instalasi yang menyediakan alat perlindungan diri}}{\text{Jumlah Instalasi di RS}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Instalasi yang menyediakan alat perlindungan diri

3) Penyebut

Jumlah Instalasi di rumah sakit

4) Standar Nilai

≥ 60 % (presentase)

e. Sumber data

Hasil Survei



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Tersedia alat perlindungan diri di setiap instalasi	40	50	60	60

g. Langkah Kegiatan

Pengadaan barang secara terencana agar alat perlindungan diri tersedia di setiap instalasi agar terhindar dari resiko kecelakaan kerja

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua Tim Infeksi Nosokomial

3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS

a. Dimensi Mutu

Keamanan pasien, petugas dan pengunjung

b. Tujuan

Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

c. Definisi Operasional

Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Terlaksananya} \\ \text{kegiatan pencatatan} \\ \text{dan pelaporan} \\ \text{infeksi} \\ \text{nosokomia/HAI di} \\ \text{RS} \end{array} = \frac{\text{Jumlah Instalasi yang melakukan} \\ \text{pencatatan dan pelaporan infeksi} \\ \text{nosokomial}}{\text{Jumlah Instalasi yang tersedia}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial

3) Penyebut

Jumlah instalasi yang tersedia

4) Standar Nilai

≥ 75 % (presentase)

e. Sumber data

Hasil Survei



f. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %			
	2018	2019	2020	2021
Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial /HAIs di RS	50	60	75	80

g. Langkah Kegiatan
Pelatihan *Training Of Trainee*

h. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Ketua Tim Infeksi Nosokomial

Plt. BUPATI KEBUMEN,

ttd.

YAZID MAHFUDZ