SALINAN

BUPATI KEBUMEN
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI KEBUMEN
NOMOR 33 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI KEBUMEN,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, perlu didukung dengan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
b. bahwa Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati Kebumen Nomor 25 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kebumen perlu diganti dengan yang baru;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman 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 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

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 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. 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);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 199);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN 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 dr. Soedirman Kebumen yang selanjutnya disebut RSUD dr. Soedirman adalah rumah sakit umum daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Kebumen.
5. Dinas Kesehatan adalah perangkat daerah pada Pemerintah Kabupaten Kebumen yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
6. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas pada RSUD dr. Soedirman.
7. Direktur adalah Direktur RSUD dr. Soedirman.
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
9. 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.
10. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Soedirman kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar *World Health Organization (WHO).*

BAB II
JENIS PELAYANAN RSUD Dr.SOEDIRMAN

Pasal 2

Pelayanan yang diselenggarakan oleh RSUD dr. Soedirman 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 Voluntary Conseling and Testing (VCT);
h. pelayanan radiologi;
i. pelayanan laboratorium patologi klinik;
j. pelayanan rehabilitasi medik;
k. pelayanan farmasi;

l. pelayanan gizi;
m. pelayanan loundry;
n. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
o. pelayanan pengelolaan limbah;
p. pelayanan pencegahan pengendalian infeksi;
q. pelayanan rekam medik;
r. pelayanan administrasi dan manajemen;
s. pelayanan ambulan/kereta jenazah;
t. pelayanan pemulasaraan jenazah;
u. pelayanan keluarga miskin; dan
v. pelayanan transfusi darah.

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 3

(1) RSUD dr. Soedirman menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sesuai SPM.
(2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi jenis pelayanan rumah sakit, indikator kinerja dan standar pencapaian kinerja, dan batas waktu pencapaian standar kinerja.
(3) Petunjuk Teknis Pelaksanaan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diuraikan sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
(4) Analisis permasalahan, kondisi pencapaian target serta faktor-faktor penentu keberhasilan pencapaian SPM RSUD dr. Soedirman sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
(5) Rencana kerja pelaksanaan SPM RSUD dr. Soedirman sebagaimana tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PENGORGANISASIAN

Pasal 4

(1) Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai SPM RSUD dr. Soedirman.
(2) Penyelenggaraan pelayanan RSUD dr. Soedirman sesuai SPM sebagaimana dimasud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan.

Pasal 5

Direktur RSUD dr.Soedirman bertanggungjawab kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan terhadap operasional pelaksanaan pelayanan kesehatan dan penerapan pencapaian target SPM RSUD dr. Soedirman sesuai waktu yang ditetapkan.

Pasal 6

Penyelengaraan pelayanan RSUD dr. Soedirman sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dilaksanakan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang

dibutuhkan dibawah koordinasi Instalasi-instalasi dan Komite-Komite di RSUD dr. Soedirman.

BAB V
PELAKSANAAN

Pasal 7

(1) SPM merupakan acuan dalam menyusun rencana program pencapaian mutu pada masing-masing jenis pelayanan RSUD dr. Soedirman sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.
(2) RSUD dr. Soedirman menyusun rencana program pencapaian mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling lambat 1 (satu) tahun setelah Peraturan Bupati ini diundangkan.
(3) Monitoring dan evaluasi SPM RSUD dr. Soedirman dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan secara teknis diatur dalam Peraturan Direktur RSUD dr.Soedirman.

BAB VI
PELAPORAN

Pasal 8

(1) Direktur RSUD dr.Soedirman melaporkan hasil pelaksanaan SPM kepada Bupati dan memberikan tembusan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
(2) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan setiap semester pada setiap tahunnya.

BAB VII
PEMBIAYAAN

Pasl 9

Segala biaya yang timbul sebagai akibat dari pelayanan RSUD dr. Soedirman dalam rangka pencapaian target SPM yang telah ditetapkan dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Kebumen.

BAB VIII
PENGAWASAN

Pasal 10

(1) Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai SPM RSUD dr. Soedirman.
(2) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) Bupati menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD dr. Soedirman sesuai SPM kepada Kementerian Kesehatan.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Kebumen Nomor 25 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kebumen (Berita Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2010 Nomor 25) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

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 33

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 33 TAHUN 2018
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (Presentase)

g. Sumber data

Rekam Medik di Instalasi Gawat Darurat

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kemampuan menangani *live saving* di Instalasi Gawat Darurat	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Pendataan pasien yang membutuhkan tindakan *life saving*;
2) Penerapan dan pemutahiran sistem TRIASE;
3) Melengkapi peralatan *life saving*, DC Shock, *Syringe pump*; dan
4) Audit kasus gawat darurat dengan unit terkait.

j. 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 rumah sakit

c. Definisi Operasional

Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Jam buka Gawat Darurat} = \frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka Instalasi dalam satu bulan}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}} \text{ x } 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan

3) Penyebut

Jumlah hari dalam satu bulan

4) Standar Nilai

% (Presentase)

g. Sumber data

Rekam Medik di Instalasi Gawat Darurat

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Jam buka pelayanan gawat darurat	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Monitoring jam buka pelayanan;
2) Pembuatan jadwal jaga dokter dan perawat Inntalasi Gawat Darurat;dan
3) Analisis data.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat *Basic Life Support*/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/*General Emergensy Life Support*/*Advance of Cardiac Life*/*Advance of Trauma Lif*/*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 Emergensy Life Support* /*Advance of Cardiac Life*/*Advance of Trauma Life*/*Advance Cardiac Life Support*.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat } \textit{Basic Life Support} \text{ /Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/ } \textit{General Emergensy Life Support /Advance of Cardiac Life /Advance of Trauma Life/Advance Cardiac Life Support} = \frac{\text{Jumlah tenaga yang bersertifikat } \textit{Basic Life Support}\text{/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan /}\textit{General Emergensy Life Support /Advance of Cardiac Life/Advance of Trauma Life / Advance Cardiac Life Support}}{\text{Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.}} \text{ x 100 \%}$$

2) Pembilang

Jumlah tenaga yang bersertifikat *Basic Life Support/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/General Emergensy 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

% (Presentase)

g. Sumber data

Sub Bagian Kepegawaian

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat Basic Life Support/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/ General Emergensy Life Support/Advance of Cardiac Life/Advance of Trauma Life/Advance Cardiac Life Support					
a. Dokter	100	100	100	100	100
b. Perawat	100	100	100	100	100

i.Langkah Kegiatan

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

j.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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit

3) Penyebut

1 (satu) tim Penanggulangan bencana

4) Standar Nilai

% (Presentase)

g. Sumber data

Sub Bagian Kepegawaian

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana.	100	100	100	100	100

i. 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.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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.

4) Standar Nilai

% (prosentase)

g. Sumber data

Rekam Medik Intalasi Gawat Darurat dan wawancara dengan pasien.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu tanggap pelayanan dokter di Intalasi Gawat Darurat	100	100	100	100	100

i. 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.

j. 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 psien ≤ 24 jam adalah kematian di Intalasi Gawat Darurat yang terjadi dalam 24 jam sejak pasien datang.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1. Rumus

$$\text{Kematian pasien} \leq \text{24 jam sebelum ke ruang perawatan} = \frac{\text{Jumlah kematian di Intalasi Gawat Darurat} \leq \text{24 jam}}{\text{Jumlah pasien yang ditangani di Intalasi Gawat Darurat}} \times 100\%$$

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

‰ (permil)

g. Sumber data

Rekam Medik Intalasi Gawat Darurat

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kematian pasien ≤ 24 jam sebelum ke ruang perawatan	2	2	2	2	2

i. Langkah Kegiatan

1). Menerapkan kembali sistem TRIASE

2). Peningkatan fungsi konsultasi dengan dan antar spesialis;

3). Maksimalisasi fungsi Computerised Tomografi - Scaning;

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Jumlah pasien yang menjadi sampel

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medik Intalasi Gawat Darurat dan hasil observasi.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan informasi tentang pola tarif;
2) Sosialisasi prosedur pembayaran administrasi di RSUD dr. Soedirman; dan
3) Peningkatan pengawasan.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Hasil Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	71	72	73	74	75

i. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan ketrampilan *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.

j. 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 previlige* yang diberikan).

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Register Rawat Jalan Poliklinik Spesialis

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pemberi pelayanan di klinik Spesialis oleh dokter spesialis	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;

2) Penambahan jumlah dan kualifikasi dokter spesialis; dan

3) Peningkatan kesejahteraan dokter spesialis dan seluruh karyawan.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jenis-jenis pelayanan rawat jalan yang ada di RSUD dr Soedirman

3) Penyebut

Jenis pelayanan rawat jalan minimal yang harus ada

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Register Rawat Jalan Poliklinik Spesialis

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketersediaan Pelayanan Spesialis	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Rekrutmen dokter spesialis pengganti dokter spesialis yang pensiun; dan

2) Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam Buka Pelayanan Jam 07.30 WIB Sampai Dengan 14.00 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Jam buka pelayanan} = \frac{\text{Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka pendaftaran jam 07.30 WIB}}{\text{Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka pendaftaran jam 07.30 WIB

3) Penyebut

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

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis Pelayanan Poliklinik Spesialis

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Jam buka pelayanan Jam 07.30- 14.00 WIB	100	100	100	100	100

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

   Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan ≤ 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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 ≤ 60 menit dalam sampling

   3) Penyebut

      Jumlah pasien yang disampling

   4) Standar Nilai

      % (presentase)

g. Sumber data

   Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit	60	65	70	75	80

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan

5. Kepuasan Pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

c. Definisi Operasional

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kepuasan pasien rawat jalan	60	65	70	75	80

i.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.

j.Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim Mutu Rumah Sakit

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah dokter dan perawat sesuai ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang di rawat Inap}} \times 100\%$$

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

% (presentase)

g. Sumber data

Kepegawaian

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2010
Pemberi pelayanan di rawat inap					
Dokter spesialis	100	100	100	100	100
Perawat minimal D3	99	99	99	100	100

i. 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.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap

2. 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 07.30 sampai dengan 12.00

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan pelayanan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah visite dokter spesialis antara Jam 07.30 sampai dengan 12.00 yang Disurvei}}{\text{Jumlah Pelaksanaan visite dokter spesialis Yang disurvei}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah visite dokter spesialis antara jam 07.30 sampai dengan 12.00 yang disurvei

3) Penyebut

Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei

4) Standar Nilai

% (prosentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Jam visite dokter spesialis yang Visite antara jam 07.30 sampai dengan 12.00	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Monitoring dan evaluasi jam visite dokter;

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap

3. 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 dirumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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 paska operasi dalam satu bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yag operasi dalam satu bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian infeksi pasca operasi	3	3	3	3	3

i. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan infeksi luka pasca operasi;
2) Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan; dan
3) Survei ketaatan pada standar prosedur tindakan;

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua komite medik/ komite mutu/ tim mutu

4. 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, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian infeksi nosokomial	3,1	3	3	3	3

i. 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.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap dan Komite Mutu Rumah Sakit.

5.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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Angka kematian > 48 jam} = \frac{\text{Jumlah kejadian kematian pasien > 48 jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang meninggal}}$$

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

‰ (per mil)

g. Sumber data

Rekam Medis rawat inap

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET ‰				
	2016	2017	2018	2019	2020
Angka kematian > 48 jam	17	16	15	14	13

i. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;dan

2) Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan rawat inap.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap

6.Kejadian Pulang Paksa

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan kesinambungan pelayanan

b. Tujuan

Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian Pulang Paksa} = \frac{\text{Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan}}$$

2) Pembilang

Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan

4) Standar Nilai

% (Persen)

g. Sumber data

Rekam Medis rawat inap

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET ‰				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian pualang paksa	4	4	3	3	2

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap

7.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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kepuasan Pasien rawat inap	71	72	73	74	75

i. 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.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Pasien Rawat Inap Tubercolosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

a. Dimensi Mutu

Pasien rawat inap tubercolosis yang ditangani dengan strategi DOTS

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tubercolosis dengan strategi DOTS

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat inap tubercolosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tubercolosis dengan 5 strategi penanggulangan tubercolosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tubercolosis harus melalui pemeriksaan mikrocropis tubercolosis, pengobatan harus mengunakan panduan obat anti tubercolosis yang sesuai standar penanggulangan tubercolis nasional, dan semua pasien yang tubercolosis yang dionbati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pasien rawat inap tubercolosis yang ditangani dengan strategi DOTS} = \frac{\text{Jumlah semua pasien rawat Inap Tubercolosis yang ditangani dengan Strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap Yang ditangani di rumah sakit dalam Waktu 3 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah semua pasien rawat inap dengan tubercolosis yang ditangani dengan Strategi DOTS.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap yang ditangani di rumah sakit (dalam waktu 3 bulan)

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Register Rawat Inap, Register TB 03 UPK

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET ‰				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pasien rawat inap tubercolosis yang ditangani dengan strategi DOTS					
a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60	60	65	65	65
b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	80	85	90	95	100

i. 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.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap

D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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 Data

Hari

g. Sumber data

Rekam Medis

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET HARI				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu tunggu pasien operasi elektif	2	1,9	1,8	1,7	1,6

i. Langkah Kegiatan

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

j. 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 kesesuaiannya 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya operasi salah orang	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral

3. Kejadian Kematian Di Meja Operasi ≤ 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian kematian pasien di meja operasi	0	0	0	0	0

i. Langkah Kegiatan

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

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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 pasienyang dioperasi dan tidak mengalami salah sisi.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

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

j. 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 kesesuaiannya 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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 di operasi dan tidak mengalami salah tindakan operasi.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya kejadian operasi salah tindakan	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral

6. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing 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 sperti kasa/gunting peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh setelah operasi	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

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

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian komplikasi anestesi	6	5	4	3	3

i. Langkah Kegiatan

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

j. 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 persalinan dan nifas.

   Pre-eklamsi dan eklamsi mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklamsi dan eklampsi 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 preeklampsi 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

   1) Rumus

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

   2) Pembilang

      Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis Rumah Sakit.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kematian ibu karena persalinan:					
Perdarahan	1	1	1	1	1
Preeklamsi/eklamsi	29	28	27	26	25
Sepsis	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

i. Langkah Kegiatan

a. Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan;

b. Pelatihan kegawatdaruratan kebidanan, asuhan persalinan normal; dan

c. Kerjasama lintas sektoral terkait dengan rujukan kasus kebidanan.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

2. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, keselamatan dan efisiensi

b. Tujuan

Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien

c. Definisi Operasional

Secsio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi (di luar atas permintaan pasien)

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pertolongan persalinan melalui operasi Secsio Caesaria} = \frac{\text{Jumlah persalinan dengan secsio caesaria}}{\text{Jumlah total persalinan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis Rumah Sakit.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pertolongan persalinan melalui operasi secsio caesaria	40	35	30	25	20

i. Langkah Kegiatan

Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

3. Kemampuan Menangani Berat Badan 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam medis Rumah Sakit.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah 1500 - 2500 gr	96	97	97	98	98

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia perinatologi; dan

2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan perinatologi.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

F. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata Pasien Yang Kembali ke Intensife Care Unit 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Rata-rata pasien yang kembali ke Intensife Care Unit dengan kasus yang sama < 72 jam	3	3	3	3	3

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia pelayanan intensif;

2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan intensif;

3) Revisi prosedur kriteria 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.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

2. Pemberi Pelayanan Intensife Care Unit

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten

c. Definisi Operasional

Pemberi pelayanan intensif adalah Dokter Spesialis Anesthesi dan dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir Intensife Care Unit/setara.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Kepegawaian.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pemberi pelayanan di Intensife Care Unit:					
Dokter Sp.Anesthesi	30	60	75	80	100
Perawat bersertifikat	40	40	45	50	55

i. Langkah Kegiatan

1) Mengirimkan dokter untuk mengambil sapesialisasi anestesi;
2) Mengirimkan perawat untuk pelatihan perawatan intensif; dan
3) Mengadakan Inhous Training Perawatan Intensif.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

G. PELAYANAN *VOLUNTARY CONSELING AND TESTING* (*VCT)*

1. Jam Buka Pelayanan Klinik *Voluntary Conseling Test* Sesuai Jadwal.

a. Dimensi Mutu

Keterjangkauan

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan klinik *Voluntary Conseling and Testing* setiap hari Selasa jam 07.30 sampai dengan 14.00 WIB

c. Definisi Operasional

Jam buka pelayanan adalah klinik *Voluntary Conseling and Testing* siap memberikan pelayanan setiap hari selasa jam 07.30 sampai dengan 14.00 WIB.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Jam buka pelayanan klinik } \textit{Voluntary Conseling and Testing} = \frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka klinik } \textit{Voluntary Conseling and Testing}}{\text{Jumlah seluruh jam buka klinik } \textit{Voluntary Conseling and Testing}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif jam buka klinik *Voluntary Conseling and Testing* dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh jam buka dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Jam buka pelayanan Voluntary Conseling and Testing	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Meningkatkan sarana dan prasarana klinik Voluntary Conseling and Testing

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

2. Keberhasilan Konseling *Voluntary Conseling and Testing*

a. Dimensi Mutu

Efektifitas

b. Tujuan

Pasien bersedia menjalani skrining lanjutan.

c. Definisi Operasional

Keberhasilan konseling *Voluntary Conseling and Testing* adalah pasien yang bersedia menjalani skrining *Human Immunedeficiency Virus* lebih lanjut.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Keberhasilan konseling } \textit{Voluntary Conseling and Testing} = \frac{\text{Jumlah pasien yang bersedia menjalani skrinining lanjutan}}{\text{Jumlah pasien yang menjalani konseling di klinik } \textit{Voluntary Conseling and Testing}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang menjalani konseling di klinik *Voluntary Conseling and Testing* yang bersedia menjalani skrining *Human Immunedeficiency Virus* lanjutan dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

Jumlah pasien yang menjalani konseling di klinik *Voluntary Conseling and Testing* dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis dan Rujukan.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Jam buka pelayanan *Voluntary Conseling Test*	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan fasilitas laboratorium pemeriksaan *Human Immune Deficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrom*;

2) Mengadakan klinik *Voluntary Conseling and Testing* terpadu.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Komite Medis

H. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu hasil pelayanan foto tórax} = \frac{\text{Jumlah pasien foto thorax dengan waktu tunggu} \leq 3 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang difoto thorax}} \times 100\%$$

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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	70	80	85	90	90	90

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan sarana dan prasarana radiologi; dan

2) Meningkatkan kesejahteraan karyawan.

j. 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 ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Kepala Instalasi Radiologi.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pelaksanaan ekspertasi oleh spesialis radiologi	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Meningkatkan fasilitas ekspertasi radiologi.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian hasil foto rontgen tidak dapat dibaca	2	2	2	2	2

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi penata radiologi; dan

2) Merekrut tenaga tehnik radiologi.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kepuasan pelanggan radiologi	75	75	75	80	80

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal customer service; dan

2) Meningkatkan kenyamanan ruang tunggu.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Radiologi

I. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Kimia darah 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium darah	92	94	96	98	100

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium; dan
2) Rekrutmen analis kesehatan.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Register Instalasi Laboratorium

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pelaksanaan ekspertasi oleh spesialis Patologi Klinik	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah seluruh pemberian hasil pemeriksaan lababoratorium 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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya pemberian hasil laboratorium yang salah orang	100	100	100	100	100

i.Langkah Kegiatan

1) Revisi prosedur pemberian hasil laboratorium, dan

2) Pemutahiran data pasien yang periksa laboratorium.

j.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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kepuasan Pelanggan laboratoroium	80	81	82	83	84

i.Langkah Kegiatan

1) Pelatihan Customer Service; dan

2) Perbaikan ruang tunggu laboratorium.

j.Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium

J. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehab 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien yang drop out

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian pasien drop out terhadap pelayanan rehab medik	50	48	47	46	45

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan peralatan medis rehab medik;

2) Perbaikan gedung dan fasilitas ruang rehab medik; dan

3) Peningkatan mutu/kualitas SDM.

j. 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 ádalah memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman Standar Pelayanan Rehabilitasi Medik.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kesalahan tindakan rehab medic} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik yang tidak mengalami kesalahan tindakan}}{\text{Jumlah pasien yang program rehabilitasi Medik}} \times 100\%$$

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

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medis dan register instalasi rehab medik.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya kejadian salah tindakan rehab medik	95	96	97	98	99

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan ketaatan pada prosedur rehab medik; dan

2) Meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia rehab medik.

j. 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 medik

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kepuasan pelanggan rehab medik	80	81	82	84	85

i. Langkah Kegiatan

1) Pelatihan customer service;

2) Meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia rehab medik; dan

3) Meningkatkan peralatan medis

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	94	94	95	95	95

i. Langkah Kegiatan

1) Penambahan loket penerimaan resep; dan

2) Penambahan tenaga asisten apoteker.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi

2. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	81	81	82	82	83

i. Langkah Kegiatan

1) Alat pembuat puyer; dan

2) Penambahan tenaga asisten apoteker.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi

3. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Penambahan tenaga asisten apoteker.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi

4. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam 1 (satu) bulan (minimal 50)

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Penulisan resep sesuai dengan formularium	80	80	90	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan komitmen dengan komite medik; dan

2) Pemberlakuan formularium yang efektif.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi

5. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah hasil penilaian pasien yang menyatakan puas

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kepuasan pelanggan	74	75	76	77	78

i. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kenyamanan ruang tunggu; dan

2) Pelatihan customer service.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	95	96	97	98	99

i. Langkah Kegiatan

1) Penambahan Sumber Daya Manusia (Ahli Gizi, Juru Masak, Penyaji)

2) Peningkatan sarana dan prasarana;dan

3) Peningkatan Kinerja;

4) Pengadaan Barang Dish Washing.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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) P

embilang

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

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	15	14,5	14	13,5	13

i. Langkah Kegiatan

Pelatihan Penyajian Menu dan Makananan, komunikasi efektif, dan Up date Ilmu Gizi Klinik

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	98,8	98,99	99	99,1	99,2

i. Langkah Kegiatan

Penambahan Sumber Daya Manusia

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gizi

M. PELAYANAN LOUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

a. Dimensi Mutu

Efisiensi dan efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan loundry

c. Definisi Operasional

Tidak Ada

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah linen yang hilang dalam 1 (satu) bulan

3) Penyebut

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

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak adanya kejadian linen yang hilang	95	96	97	98	99

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Unit Loundry

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

a. Dimensi Mutu

Efisiensi dan efektifitas

b. Tujuan

Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan loundry

c. Definisi Operasional

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

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei.

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	99	99	99	100	100

i. Langkah Kegiatan

1) Penambahan tenaga loundry; dan

2) Pengadaan mesin cuci, mesin pengering dan setrika.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Unit Loundry

N. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat} = \frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi} \leq 15 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat}} \text{ x } 100\ \%$$

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

% (presentase)

g. Sumber data

Catatan laporan kerusakan alat

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	80	80	81	82	83

i. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kinerja karyawan.
2) Ketersediaan dana yang memenuhi
3) Penyerahan gedung
4) Pengadaan Pelatihan – pelatihan

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Register pemeliharaan alat

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat	70	70	75	75	75

i. 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 yang memenuhi
4) Pengadaan pelatihan- pelatihan

j. 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 ádalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan Laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi} = \frac{\text{Jumlah seluruh alat Laboratorium yang perlu dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun}}{\text{Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun}} \times 100\ \%$$

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

% (presentase)

g. Sumber data

Buku Register

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	85	85	90	95	100

i. Langkah Kegiatan

Kalibrasi Alat Kesehatan agar didapat keakuratan hasil

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS)

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Hasil pemeriksaan

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Baku mutu limbah cair					
a. BOD< 30mg/l	65	70	80	90	100
b. COD <80mg/l	65	70	80	90	100
c. TSS<30 mg/l	70	75	80	90	100
d. PH 6-9	65	75	80	90	100

i. Langkah Kegiatan

Pemeriksaan sempel rutin untuk pengukuran parameter lingkungan oleh lembaga lingkungan yang bersertifikat; dan

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Higyne 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan} = \frac{\text{Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar prosedur operasional}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah padat}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati

3) Penyebut

Jumlah seluruh pemeriksaan limbah padat

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Hasil pengamatan

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	90	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Perawatan Insenerator dengan Berjangka

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Higyne Sanitasi

P. PELAYANAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yg sudah terlatih

3) Penyebut

Jumlah Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Data Sumber Daya Manusia Berangkat

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ada anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang terlatih	75	80	85	85	90

i. Langkah Kegiatan

1) Untuk meningkatkan kompetensi dikirim untuk Pelatihan Tenaga Pencegah Pengendalian Infeksi
2) Pelatihan PPI Advance untuk IPCN dan Dokter PPI

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua Tim Infeksinosokomial

2. Tersedia Alat Perlindungan DiriDi Setiap Instalasi

a. Dimensi Mutu

Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung

b. Tujuan

Tersedianya alat perlindungan diri disetiap Instalasi dan Bangsal

c. Definisi Operasional

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

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tersedia alat perlindungan diri di setiap instalasi	80	93	95	98	90

i. Langkah Kegiatan

Pengadaan barang secara terencana agar alat perlindungan diri tersedia di setiap Instalasi agar terhindar dari risiko kecelakaan kerja.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua Tim Infeksinosokomial

3. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomia/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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah Instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial

3) Penyebut

Jumlah Instalasi yang tersedia

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia/HAIs di RS	35	40	50	60	70

i. Langkah Kegiatan

Pelatihan Training Of Traineer

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua Tim Infeksinosokomial

Q. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 (Dua Puluh Empat) Jam Setelah Selesai Pelayanan (rawat jalan)

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 dalam waktu ≤ 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan rawat jalan.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)} = \frac{\text{Jumlah data rekam medik yang disurvei dalam1 (satu) bulan yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan}} \text{ x } 100\ \%$$

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

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)	80	85	90	95	100

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Seksi Rekam Medik dan Rujukan

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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 dalam1 bulan yang diisi lengkap

3) Penyebut

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

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)	60	70	80	80	80

i. Langkah Kegiatan

1) Diseminasi ke Kepala Instalasi Rawat Inap (Bangsal) agar mengetahui kelengkapan Rekam Medis
2) Pelatihan kepada karyawan/karyawati di Seksi Rekam Medis dan Rujukan

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Seksi Rekam Medik dan Rujukan

3. Kelengkapan Informed Concent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

a. Dimensi Mutu

Keselamatan

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

c. Definisi Operasional

Informed Concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (prosentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Desimenasi prosedur pemberian informed concent.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Seksi Rekam Medis dan Rujukan

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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan} \leq 10 \text{ menit} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani} \leq 10 \text{ menit sampel rawat jalan yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)}} \times 100\ \%$$

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

% (presentase)

g. Sumber data

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

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	90	95	97	100	100

i. 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.

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	70	80	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Pengadaan Barang untuk Dokumen Rekam Medis agar persediaan pada Instalasi Rawat Inap mencukupi baik dalam bentuk Blangko maupun Status Pasien

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Seksi Rekam Medis dan Rujukan

R. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah pertemuan Direksi yang ditindaklanjuti dalam waktu 3 (tiga) bulan

3) Penyebut

Jumlah pertemuan Direksi yang ditindaklanjuti dalam waktu 3 (tiga) bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Notulensi Rapat, dan Lembar Disposisi

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Tindak Lanjut Penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi	90	90	95	95	95

i. 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. Pembenahan Administrasi Rapat dengan cara:

menunjuk notulensi (Personil)/sesuai dengan kegiatan (Koordinator Bagian/Bidang mengetahui masalah yang dihadapi dan hasil rencana tindak lanjut).

j. 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 menunjukan 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Laporan

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Evaluasi Laporan

j. 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 diinformasikan kepada yang bersangkutan melalui Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi Bidang/Kepala Instalasi/Kepala Bangsal berupa Surat Edaran.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh KMKP setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

a. Rumus

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

b. Pembilang

Jumlah Pegawai yang diusulkan sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun

c. Penyebut

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

d. Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Buku Kendali Kenaikan Pangkat di Sub Bagian Kepegawaian

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan.

1. Pengadaan Computer untuk Sistem Informasi Pegawai; dan
2. Pengadaan/Rekrutmen Pegawai untuk peningkatan kwalitas pelayanan di Sub Bagian Kepegawaian.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah Pegawai yang mendapatkan Kenaikan Gaji Berkala

3) Penyebut

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

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Buku Kendali Kenaikan Gaji Berkala

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Evaluasi Laporan

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian 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 di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah Karyawan yang mengikuti pelatihan minimal 20 jam pertahun

3) Penyebut

Total Karyawan RSUD

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Sub bagian Kepegawaian

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	50	55	60	65	65

i. 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.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Subbagian 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah pendapatan fungsional digunakan dalam 1 (satu) tahun

3) Penyebut

Total pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) tahun

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

1) Laporan Keuangaan

2) Penyeleesaian Program SIM RS

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Cost Recovery	50	52,5	55	57,5	60

i. Langkah Kegiatan

Evaluasi Laporan

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Laporan Keuangan

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketepatan waktu Penyusunan Laporan Keuangan	98	98,5	99	99,5	100

i. Langkah Kegiatan

Evaluasi Laporan

Penyelesaian program SIM RS

j. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Hasil Pengamatan Data Pasien Rawat Inap yang pulang

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kecepatan Waktu pem berian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam	75	80	90	95	95

i. Langkah kegiatan

1) Pengadaan Komputer;

2) Program Billing Sistem untuk memudahkan penghitungan secara cepat, tepat dan akurat; danPenataan Kembali terhadap administrasi Bangsal.

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan

9. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Catatan di Bidang Keuangan

h. Target

Indikator Kinerja	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ketepatan waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Kesepakatan waktu	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Evaluasi

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan

S. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. 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

% (presentase)

g. Sumber data

Buku Registrasi Pelayanan/Permintaan Ambulan

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu Pelayanan Ambulan/ Kereta Jenazah 24 Jam	95	96	97	100	100

i. Langkah Kegiatan

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Sub Bagian Umum

2. Kecepatan Memberikan 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 pasient/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulan/kereta jenazah ≤ 30 Menit.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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)

g. Sumber data

Catatan Penggunaan Pelayanan Ambulan

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah ≤ 30 Menit	80	90	95	100	100

i. Langkah Kegiatan
Evaluasi Pelayanan

Penambahan armada ambulan jenazah

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Sub Bag Umum

3. Kecepatan Menyediakan Ambulan Untuk Rujukan Pasient 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 ambulan/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulan/kereta jenazah diajukan oleh pasient/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulan/kereta jenazah ≤2 Jam.

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Catatan penggunaan ambulan/kereta jenazah

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kecepatan Menyediakan ambulan untuk Rujukan Pasien dalam waktu ≤ 2 jam	70	80	80	80	80

i. Langkah Kegiatan

Penambahan Sumber Daya Manusia supir ambulan jenazah

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Sub Bagian Umum

k. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

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

% (presentase)

g. Sumber data

Pencatatan Instalasi pemulasaraan jenazah

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	70	80	80	80	80

i. Langkah Kegiatan

1. Penambahan petugas jenazah, sehingga petugas *standby* 24 jam diruang pemulasaraan jenazah
2. Penggadaan tenaga wanita yang tetap

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

U. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit} = \frac{\text{Jumlah pasien keluarga miskin yang terlayani rumah sakit /pelayanan kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit}} \text{ x100 \%}$$

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 dalam1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Register pasien keluarga miskin yang masuk ke Rumah Sakit

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pelayanan terhadappasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap Unit Pelayanan	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

Evaluasi Pelayanan

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Direktur RSUD dr. Soedirman

V. 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. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan di rumah sakit} = \frac{\text{Jumlah permintaan kebutuhan darah Yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah Dalam 1 bulan}} \text{ x100 \%}$$

2) Pembilang

Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan

3) Penyebut

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

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Survei

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100	100	100	100	100

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium

2. Kejadian Reaksi Transfusi

a. Dimensi Mutu

Kejadian reaksi transfusi

b. Tujuan

Tergambarnya manajemen resiko pada UTD

c. Definisi Operasional

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

d. Frekuensi Pengumpulan Data dilakukan setiap bulan.

e. Periode Analisis dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) setiap 3 bulan.

f. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian reaksi transfusi} = \frac{\text{Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam Satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapat Transfusi dalam 1 bulan}} \text{ x100 \%}$$

2) Pembilang

Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan

4) Standar Nilai

% (presentase)

g. Sumber data

Rekam Medik

h. Target

INDIKATOR KINERJA	TARGET %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Kejadian Reaksi Transfusi	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01

i. Langkah Kegiatan

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

j. Penanggung Jawab Pengumpulan Data
Kepala Instalasi Laboratorium

Plt. BUPATI KEBUMEN,

ttd.

YAZID MAHFUDZ

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI KEBUMEN
NOMER 33 TAHUN 2018
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
1.	Pelayanan Gawat	1. Kemampuan menangani *life saving* di Instalasi Gawat Darurat (IGD)	Terpenuhinya kemampuan *life saving* Instalasi Gawat Darurat (IGD)	1. Penerapan dan pemutahiran sistem TRIASE 2. Melengkapi peralatan *live saving, DC Shock, Syiringe pump* 3. Audit kasus Gawat darurat
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	Jam buka pelayanan IGD sudah buka 24 jam	1. Monitoring jam buka pelayanan 2. Pembuatan jadwal dokter jaga dan perawat Instalasi Gawat Darurat 3. Analisis Data

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		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. Dokter	Sudah terpenuhinya dokter dengan pelatihan *Advance Cardiac Life Support*	Maping klasifikasi pelatihan kegawat daruratan yang pernah diikuti oleh Dokter di Instasi Gawat Darurat
		b. Perawat	Sudah terpenuhinya perawat dengan Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan (PPGD)	Mengirim pelatihan kegawat daruratan untuk staf medis dan perawat meliputi *Basic Life Support* / Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan / *General Emergency Life Support* / *Advance Of Cardiac Life* / *Advance of Trauma Life* / *Advance Cardiac Life Support*
		4. Ketersediaan 1 (satu) Tim Penanggulangan Bencana.	1. Belum adanya pelatihan / studi banding tim penanggulangan bencana	1. Pelatihan penanggualangan bencana internal Rumah Sakit dan bersama dengan pihak terkait/ lintas sektoral

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
			2. Masih terbatasnya fasilitas untuk penanggulangan	2. Simulasi penanggulangan bencana secara terpadu 3. Melengkapi Fasilitas penanggulangan bencana
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat ≤ 5 menit	Sudah tersedianya dokter jaga IGD 4 jam	1. Review dan pemantapan kembali tugas pokok dan fungsi dokter jada Instasi Gawat Darurat 2. Penataan kembali jadwal dokter jaga Instalas Gawat Darurat dan Rawat Inap
		6. Kematian pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat (IGD)	1. Faktor pre hospital yang datang ke rumah sakit dalam keadaan buruk/ tidak layak transfer dan keparahan penyakit 2. Penambahan peralatan *live saving* dan *refersh* kopetensi petugas IGD	1. Menetapkan kembali TRIASE 2. Peningkatan fungsi konsultasi dengan antar spesialis 3. Maksimalisasi fungsi *Computerised Tomografi / Scaning*
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	Pasien dan keluarga tidak diharuskan membayar uang muka	1. Peningkatan Informasi tentang pola tarif 2. Sosialisasi prosedur pembayaran administrasi di RSUD dr. Soedirman
		8. Kepuasan pelanggan	Peningkatan ketrampilan *customer service* kepada seluruh staf Intalasi Gawat Darurat	1. Peningkatan ketrampilan *customer service* kepada seluruh staf Intalasi Gawat Darurat 2. Peningkatan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan di Intalasi Gawat Darurat

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
				3. Peningkatan kesejahteraan staf Instalasi Gawat Darurat
2.	Pelayanan Rawat jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik Spesialis	Ada beberapa Kelompok Staf Medis yang mempunyai satu dokter spesialis, sehingga saat Kelompok Staf Medis yang bersangkutan sedang menggunakan hak cuti, hak pengembangan diri (seminar dan pelatihan) poliklinik tutup yang berdampak capaian tidak 100 %	1. Peningkatan komitmen dokter spesialis 2. Penambahan jumlah dan kualifikasi dokter spesialis 3 Peningkatan kesejahteraan dokter Spesialis dan seluruh karyawan
		2. Ketersediaan Pelayanan Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Dalam,dan Spesialis Kandungan	Pelayanan dokter sudah ada tambahan seperti dokter spesialis paru, Telinga Hidung Tenggorokan-kepala leher (THT-KL), Jantung, Saraf, Kulit Kelamin, Jiwa, Ortopedi dan Spesialis mata	1. Rekrutmen dokter spesialis pengganti dokter spesialis yang pensiun; dan 2 Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan.
		3. Jam buka pelayanan jam 08.00 - 13.00 WIB	Semua poliklinik buka jam pelayanan rawat jalan pukul 07.00 WIB, pelayanan dimulai dengan administrasi dan pemeriksaan *vital sign*	1. Peningkatan komitmen dokter spesialis 2. Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan. 3. Meningkatkan kesejahteraan dokter spesialis

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		4. Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit	Jam buka pendaftaran poliklinik pukul 06.30 sementara dokter mulai pukul 09.00 WIB dari data tersebut bisa dilihat jeda waktu sebanyak 2,5 jam	1. Peningkatan komitmen dokter spesialis 2. Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan. 3. Meningkatan kesejahteraan dokter spesialis
		5. Kepuasan pelanggan	Peningkatan ketrampilan *customer service* kepada seluruh staf rawat jalan	1. Peningkatan kompetensi karyawan rawat jalan
				2. Peningkatan sarana dan prasarana Rawat Jalan
				3. Peningkatan komunikasi dan informasi kepada pelanggan rawat jalan
				4. Evaluasi berkala tentang prosedur yang berlaku dirawat jalan
3.	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap		
		a. Dokter Spesialis		1. Pemberian bantuan biaya bagi dokter dan perawat
		b. Perawat minimal D3	b. Seluruh perawat pemberi pelayanan dirawat inap sudah berpendidikan minimal D3 Keperawatan	2. Pemberlakuan sistem remunerasi yang menghargai tingkat pendidikan
				3. Rekrutmen dokter spesialis dan Perawat minimal D3 keperawatan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		2. Jam visite dokter spesialis 08.00WIB s/d 12.00 WIB	Masih adanya dokter spesialis di RSUD dr. Soedirman Kebumen yang visite setelah pukul 12.00 WIB, salah satunya masih ada beberapa dokter spesialis yang memulai kegiatan di RSUD dr. Soedirman belum sesuai jam kerja (Pukul 07.00 WIB) sehingga visite ke pasien rawat inap tidak bisa dilakukan sebelum pukul 12.00 WIB	Monitoring dan evaluasi jam visite dokter;
		3. Kejadian Infeksi paska operasi	1. Alat ganti balut / alat kesehatan belum mencukupi 2. Sterilisasi ruang IBS belum maksimal	1. Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan infeksi luka pasca operasi; 2. Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan 3. Survei ketaatan pada Standar Prosedur Tindakan
		4. Kejadian Infeksi nosokomial (INOS)	1. Kejadian dekubitus dikarenakan alih baring belum dilakukan dengan maksimal dan jumlah kasur dekubitus belum mencukupi	1. Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan infeksi nosokomial

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
			2. Kejadian Plebitis terjadi karena kepatuhan *Hand Higiene* masih perlu ditingkatkan, pemilihan lokasi pemasangan IV *line / vena* yang belum tepat dan ada kemungkinan bahan dari IV cateter yang bersifat iritatif terhadap vena	2. Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan 3. Survei ketaatan pada standar prosedur tindakan 4. Pemberlakuan pembatasan jam besuk
		5. Angka kematian >48 jam	Angka kematian pasien ≥ 48 jam diakibatkan karena kasus penyakit yang Kompleks dan tidak didapatkan indikasi untuk merujuk pasien ataupun pasien dengan indikasi rujuk tetapi keluarga menolak	1. Peningkatan kompetensi dokter dan perawat 2. Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan rawat inap
		6. Kejadian pulang paksa	Angka kepuasan pelanggan masih perlu ditingkatkan terutama pada unsur biaya dan penanganan saran dan aduan	1. Peningkatan kompetensi dokter dan perawat 2. Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan rawat inap
		7. Rawat inap Tuberculosis		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		a. Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis	a. Ketersediaan spesimen untuk pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) ataupun Bakteri Tahan Asam (BTA) tidak selalu tersedia, karena pasien sulit untuk mengeluarkan sputum	1. Peningkatan kompetensi dokter dan perawat
		b. Terlaksanya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di rumah sakit	b. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di rawat inap belum efektif karena belum semua petugas dibangsal rawat inap memahami tentang kegiatan dan pencatatan Tuberculosis	2. Peningkatan pengetahuan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
		8. Kepuasan pelanggan	Peningkatan ketrampilan *customer service* kepada seluruh staf rawat inap	1. Peningkatan kompetensi dokter dan perawat 2. Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap
				3. Pelatihan *Custemer Service* bagi seluruh karyawan
4.	Pelayanan Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari	Respon konsul dengan dokter kurang cepat	1. Peningkatan komitmen karyawan 2. Peningkatan sarana dan prasarana penunjang Instalasi Bedah Sentral 3. Penambahan dokter spesialis bedah dan anestesi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		2. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	Peningkatan kepatuhan Standar Prosedur Operating	Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operating persiapan operasi.
		3. Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1 %	Peningkatan kepatuhan Standar Prosedur Operating	Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operating persiapan operasi.
		4. Tidak adanya operasi salah sisi	Peningkatan kepatuhan Standar Prosedur Operating	Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operating persiapan operasi.
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	Peningkatan kepatuhan Standar Prosedur Operating	Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operating persiapan operasi.
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi.	Peningkatan kepatuhan Standar Prosedur Operating (SPO)	Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operating persiapan operasi.
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan *Endotracheal Tube*	Peningkatan kepatuhan Standar Prosedur Operating	Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operating persiapan operasi.
5.	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan		
		a. Perdarahan	Standar pelaksanaan operasional penatalaksanaan syok hipofolemik baru dibuat, sehingga dalam proses pelaksanaan sesuai dengan Standar Prosedur Operating	1. Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan;
		b. Pre eklamsi		2. Pelatihan kegawatdaruratan kebidanan, asuhan persalinan normal; dan
		c. Sepsis		3. Kerjasama lintas sektoral terkait dengan rujukan kasus kebidanan.

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		2. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	Rata - rata masih lebih tinggi dari standar angka kegagalan induksi dan fetal distres mendominasi	Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan;
		3. Kemampuan menangani Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) 1500-2500gr	Kasus BBLR banyak terjadi karena penyakit / faktor penyerta lainnya seperti asfeksia. RDS atau lainnya bukan hanya karena BBLR murni	1. Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia perinatologi 2. Meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan perinatologi
6.	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke *Intensife Care Unit* (ICU) dengan kasus yang sama <72 jam	Kondisi pasien dengan multi diagnosa	1. Meningkatkan kompetensi sumber daya manusia pelayanan intensif
				2. Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan Intensif
				3. Revisi prosedur kriteria pasien masuk dan keluar *Intensif Care Unit*
				4. Sosialisasi prosedur kriteria masuk dan keluar ICU kepada dokter IGD, dokter umum dan dokter spesialis
		2. Pemberi pelayanan ICU a. Dokter Spesialis Anesthesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani.		1. Mengirimkan dokter untuk mengambil spesialisasi anestesi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		b. Perawat bersertifikat	1. Banyak perawat baru di Instalasi Rawat Intensif yang baru 2. Ada perawat yang bersertifikat namun kadaluarsa	2. Mengirim perawat untuk pelatihan perawatan intensif 3. Mengadakan *Inhouse training* perawatan intensif
7.	Pelayanan *Voluntary Conselling Testing* (VCT) / Konseling penderita HIV/AIDS	1. Jam buka pelayanan Klinik VCT sesuai jadwal	Tidak ada kendala	Meningkatkan sarana dan prasarana klinik *Voluntary Conseling and Testing*
		2. Keberhasilan konseling VCT penderita yang diduga HIV/AIDS	Tidak ada kendala	1. Meningkatkan fasilitas laboratorium pemeriksaan *Human Immune Deficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrom*; 2. Mengadakan klinik *Voluntary Conseling and Testing* terpadu.
8.	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto ≤ 3 jam	Sudah memenuhi target, diharap petugas untuk lebih tertib pada penulisan jam expertisi pada lembar yang sudah ditetapkan	1. Meningkatkan sarana dan prasarana radiologi; dan 2. Meningkatkan kesejahteraan karyawan.
		2. Pelayanan expertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi	1. Tidak diperkenankan meminjam hasil Radiologi basah karena setiap Radiologi harus di expertisi dokter spesialis radiologi	Meningkatkan fasilitas ekspertasi radiologi.

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
			2. Pengambuilan hasil pemeriksaan radiologi untuk tertib administrasi diwajibkan menulis /mencatat dibuku pengambilan yang sudah disediakan dimasing-masing rak	
		3. Kejadian hasil foto rontgen tidak dapat dibaca	Masih ada radiografer yang salah meletakan masker dan posisi pasien sehingga perlu meningkatkan kompetensi tenaga radiografer dengan mengikuti workshop / seminar/ pelatikan/ desiminasi	1. Meningkatkan kompetensi penata radiologi; dan
				2. Merekrut tenaga tehnik Radiologi
		4. Kepuasan pelanggan	Kuisioner yang harus diisi terlalu banyak pertanyaan sehingga banyak kuisioner yang kosong	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
9.	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin ≤ 140 menit	1. Ada beberapa pasien yang blangko permintaan laborat sudah ada, tetapi ketika dipanggil namanya yang bersangkutan belum datang, 2. Untuk mengidentifikasi pasien dilaborat maka dilakukan pengentrian nama pasien, jenis pemeriksaan, dan jam pengambilan sampel	1. Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium 2. Rekrutmen analis kesehatan
		2. Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik	Tidak ada kendala	Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium	Tidak ada kendala	1. Revisi prosedur pemberian hasil laboratorium; dan 2. Pemutahiran data pasien yang periksa laboratorium.
		4. Kepuasan pelanggan	Peningkatan ketrampilan *customer service* kepada seluruh staf laboratorium	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
10.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehab medik yang direncanakan.	1. Orang tua kurang mengerti bahwa perkembangan anak membutuhkan waktu yang lama 2. Jarak tempuh yang terlalu jauh dari rumah ke Rumah sakit 3. Biaya	1. Meningkatkan peralatan medis rehab medik 2. Perbaikan gedung dan fasilitas ruang rehab medik 3. Peningkatan mutu/ kualitas SDM
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehab medik	1. Perlu adanya *nurse call* 2. Satu fisioterapis, satu pasien	1. Meningkatkan ketaatan pada prosedur rehab medik;dan 2. Meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia rehab medik.
		3. Kepuasan pelanggan	1. Waktu tunggu terlalu lama 2. Peralatan/ equipment terapi yang kurang 3. Perlunya peningkatan SDM	
11.	Pelayanan	1. Waktu tunggu		
		a. Obat Jadi ≤ 30 menit	1. Penambahan loket penerimaan resep	1. Penambahan loket penerimaan resep; dan
			2. Penambahan Asisten Apoteker	2. Penambahan tenaga asisten apoteker
		b. Obat Racikan ≤ 60 menit	1. Penambahan alat pembuat puyer	1. Alat pembuat puyer; dan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
			2. Penambahan Asisten Apoteker	2. Penambahan tenaga asisten apoteker.
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	1. Telaah resep optimal 2. Tulisan dokter harus jelas terbaca, apabila tidak jelas maka konfirmasi dokter 3. Penambahan tenaga Asisten Apoteker 4. Telaah obat yang teliti	Penambahan tenaga asisten apoteker.
		3. Penulisan resep sesuai dengan formularium	1. Peningkatan komitmen dokter terhadap formularium nasional	1. peningkatan komitmen dengan komite medik; dan
			2. Pemberlakuan fomularium yang efektif 3. Koordinasi farmasi dengan dokter pemberi resep 4. Pemberlakuan retriksi peresepan yang optimal	2. Pemberlakuan formularium yang efektif
		4. Kepuasan Pelanggan	Peningkatan mutu pelayanan	Peningkatan mutu pelayanan
12.	Pelayanan Instalsi Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	1. Keterlambatan penyajian karena keterbatasan tenaga produksi yang juga merangkap tugas lain,	1. Penambahan Sumber Daya Manusia (Ahli Gizi, Juru Masak, Penyaji) 2. Peningkatan sarana dan prasarana 3. Peningkatan kinerja

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
			Sarana dan prasarana yang kurang mendukung, SDM distribusi yang kurang sesuai	4. Pengadaan barang *Dish Washing*
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. Kurang SDM ahli gizi untuk motivasi dan edukasi pasien, penampilan dan cita rasa masakan yang kurang	Pelatihan Penyajian Menu dan Makananan, komunikasi efektif, dan Up date Ilmu Gizi Klinik
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. Kurang SDM ahli gizi untuk monitoring ketepatan diet pasien, ketidaksesuaian dalam pemorsian diet pasien dengan standar diet	Penambahan Sumber Daya Manusia
13.	Pelayanan Loundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. Linen yang tidak ada tulisan ruang mengakibatkan petugas kesulitan mengembaalikan sesuai kepemilikan	Pengadaan sarana dan prasarana dengan pembelian linen yang berbeda antar setiap ruang
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. Dengan keterbatasan linen yang ada maka masih menggunakan sistem tunggu	1. Penambahan tenaga loundry 2. Pengandaan mesincuci, mesin pengering dan setrika

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
14.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	1. Pelaksana belum memahami pentingnya menuliskan waktu pelaksanaan pekerjaan baik jam mulai atau selesai	1. Meningkatkan kinerja karyawan 2. Ketersediaan dana yang memenuhi 3. Penyerahan gedung 4. Pengadaan pelatihan-pelatihan
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat	2. Belum berjalannya kegiatan pemeliharaan preventif secara terkoordinir	1. Pemeliharaan alat secara berjangka agar alat-alat medis dan non medis dapat terkontrol dengan baik dan tidak cepat rusak 2. Penambahan Sumber Daya Alam 3. Ketersediaan dana yang memenuhi 4. Pengadaan pelatihan-pelatihan
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	Kalibrasi Alat Kesehatan agar didapat keakuratan hasil
15.	Pelayanan Pengelolaan	1. Baku mutu limbah cair		
		a. BOD<30mg/l	1. Ketidaktepatan waktu pengambilan sempel limbah cair harusnya pengambilan setiap 3 bulan sekali	1. Pemeriksaan sempel rutin untuk pengukuran parameter lingkungan oleh lembaga lingkungan yang bersertifikat
		b. COD<80mg/l		
		c. TSS<30mg/l	2. Jarak terlalu jauh untuk	2. Adanya fasilitas untuk pengiriman sempel

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		d. PH6-9	pengiriman sempel limbah cair ke Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL) Yogyakarta	limbah cair ke Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL) Yogyakarta
				3. Tersedianya dana yang cukup untuk pemeriksaaan limbah cair
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. Apabila pihak ke -3 jasa pengelolaan limbah padat infeksius secara tiba-tiba menghentikan pengambilan terhadap limbah padat infeksius 2. Ketidaktepatan pengambilan limbah padat infeksius dengan jadwal yang sudah disepakati bersama	Tersedianya dana yang cukup untuk pengelolaan limbah padat infeksius
16.	Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	Karyawan-karyawati yang sudah berpelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi dipindah ke tugas yang lain	1. Untuk meningkatkan kompetensi dikirim untuk pelatihan tenaga Pencegahan Pengendalian Infeksi 2. Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi *Advance* untuk *Infection and Prevention Control Nurse* (IPCN) dan dokter Pencegahan Pengendalian Infeksi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		2. Tersedia Alat Pelindung Diri di setiap instalasi / departemen	Pemakaian Alat Pelindung Diri belum sesuai indikasi	Pengadaan barang secara terencana agar alat perlindungan diri tersedia disetiap instalasi agar terhindar resiko kecelakaan kerja
		3. Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia l /HAIs *(Health Care Associated Infection)* di Rumah Sakit (paling sedikit 1 (satu) parameter)	Survelens berbasis IT/ android belum terlaksana	Pelatihan *Training Of Traineer*
17.	Pelayanan Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)	Lembar *sumary list* sering tidak terisi	1. Desiminasi ke staf medis fungsional, kepala instalasi rawat jalan agar mengetahui kelengkapan rekam medis 2. Pelatihan kepada karyawan/ karyawati di seksi rekam medis dan rujukan 3. Koordinasi dengan kepala instalasi rawat jalan dan komite medis dalam rangka pengendalian kepatuhan pengisian RM di rawat jalan
		2. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)	Pengisian resume pulang yang sering terlambat	1. Diseminasi ke Kepala Instalasi Rawat Inap (Bangsal) agar mengetahui kelengkapan Rekam Medis 2. Pelatihan kepada karyawan/karyawati di Seksi Rekam Medis dan Rujukan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		3. Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	Desimenasi prosedur pemberian *informed concent*.
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	Pasien sehabis mondok, dokumen RM yang dibutuhkan masih dibangsal	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) 3 Pengadaan sistem informasi manajemen rumah sakit
		5. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	Petugas Filling baru buka 2 sift	Pengadaan Barang untuk Dokumen Rekam Medis agar persediaan pada Instalasi Rawat Inap mencukupi baik dalam bentuk Blangko maupun Status Pasien
18.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	1 Peninjauan terhadap aturan yang dibuat dengan cara a. Merevisi protap dan kebijakan b. Membentuk tim untuk meninjau kembali/ review protap dan kebijakan direktur

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
				2. Pembenahan administrasi rapat dengan cara, menunjuk notulensi (personel) / sesuai dengan kegiatan (Koordinator bagian/ bidang mengetahui masalah yang dihadapi dan hasil rencana tindak lanjut)
		2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	Evaluasi Pelaporan
		3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	1. Pengadaan komputer untuk sistem informasi pegawai
				2. Pengadaan / rekrutmen pegawai untuk peningkatan kualitas pelayanan di sub bagian kepegawaian
		4. Ketepatan waktu pengusulan Kenaikan gaji berkala	Tetap selalu dievaluasi supaya target selalu terpenuhi seperti tahun-tahun sebelumnya	Evaluasi Pelaporan
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	Target 20 jam per tahun baru terpenuhi untuk 200 orang karyawan, karena terbatas masalah anggaran yang belum bisa mengcover kebutuhan pelatihan untuk seluruh karyawan	Peningkatan kapasitas sumber daya aparatur dengan pendidikan dan pelatihan non formal untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia 1. Pelatihan fungsional 2. Pelatihan keuangan dan manajemen 3. pelatihan teknis
		6. *Cost Recovery*	Tetap dievaluasi supaya hasil	1. Laporan Keuangan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
			tidak menurun	2. Penyelesaian program Sistim Informasi Manajemen Rumah Sakit
		7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	1. Evaluasi laporan keuangan 2. Penyelesaian program Sistim Informasi Manajemen Rumah Sakit
		8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	1. Pengadaan komputer 2. Program *billing sistem* untuk memudahkan penghitungan secara tepat dan akurat, dan penataan kembali terhadap administrasi bangsal
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	Evaluasi Pelaporan
19.	Pelayanan Ambulance/kereta jenazah	1. Waktu pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah 24 jam	Tertap dilakukan evaluasi	Evaluasi pelayanan
		2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulan/ Kereta Jenasah di Rumah Sakit ≤ 30 Menit	Tertap dilakukan evaluasi	1. Evaluasi Pelayanan 2. Penambahan armada ambulan jenazah

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		3. Kecepatan menyediakan ambulan untuk rujukan Pasien ≤ 2 jam	Tertap dilakukan evaluasi	Penambahan Sumber Daya Manusia supir ambulan jenazah
20.	Pemulasaran Jenazah	1. Waktu Tanggap (Response Time Pelayanan Pemulasaraan Jenazah) ≤ 2 Jam	1. Kurangnya tenaga dipemulasaraan jenazah yang belum cukup untuk melakukan 3 sift 2. Belum tersedianya petugas perempuan sehingga apabila ada pasien perempuan meninggal pihak rumah sakit harus berkoordinasi dengan petugas pengurus jenazah di lingkungan wilayah rumah sakit	1. Penambahan petugas jenazah, sehingga petugas 24 jam diruang pemulasaraan jenazah 2. Pengadaan tenaga wanita yang tetap
21.	Pelayanan Gakin (Keluarga Miskin)	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang Ke Rumah Sakit pada setiap Unit Pelayanan (jamkesmas)	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	
22.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan	Tetap dievaluasi supaya hasil tidak menurun	1. Permintaan darah sesuai indikasi medis

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	ANALISIS PERMASALAHAN	FAKTOR-FAKTOR PENENTU KEBERHASILAN
1	2	3	4	5
		transfusi		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
		2. Kejadian Reaksi Transfusi	Reaksi transfusi diprediksi karena faktor imun dari resipen, bukan karena kesalahan akibat salah golongan darah atau kesalahan uji silang serasi	1. Terpenuhinya SDM sesuai dengan kompetensinya 2. Pelatiahan/ diklat untuk peningkatan SDM 3. Pencatatan pelaporan yang kontinue 4. Monitoring kejadian reaksi transfusi

Plt. BUPATI KEBUMEN,

YAZID MAHFUDZ

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Instalasi Gawat Darurat

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Sub Bagian Kepegawaian
Kepala Instalasi Gawat Darurat

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Bidang Pelayanan Medis

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kepala Instalasi Rawat Jalan

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Rawat Inap

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Instalasi Rawat Inap
Tim Penanggulangan Infeksi Nosokomial

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Rawat Inap
Kepala Bidang Pelayanan Medis

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Komite Medis

PENANGGUNG JAWAB
6
Komite Medik dan Kepala Bidang Pelayanan Medis

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala ICU (Intensife Care Unit)
Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Radiologi

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Radiologi
Kepala Bidang Pelayanan Medis

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Laboratorium
Kepala Instalasi Laboratorium
Kepala Bidang Pelayanan Medis

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Farmasi

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Gizi

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Unit Loundry

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit (IPRS)
Kepala Higeyne dan Sanitasi (HS)

PENANGGUNG JAWAB
6
Ketua Tim Pengendali Infeksi Nosokomial

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Seksi Rekam Medis dan Rujukan

PENANGGUNG JAWAB
6
Direktur dan Kepala Bagian Tata Usaha

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Perencanaan
Kepala.Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian
Kepala Bidang

PENANGGUNG JAWAB
6
Keuangan
Kepala Sub Bagian Umum

PENANGGUNG JAWAB
6
Kepala Unit Pemulasaraan Jenazah
Direktur

PENANGGUNG JAWAB
6
Direktur

LAMPIRAN III
PERATURAN BUPATI KE
NOMOR 33 TAHUN 2018
TENTANG
STANDAR PELAYANAN M
RUMAH SAKIT UMUM D
Dr. SOEDIRMAN KEBUM

RENCANA KERJA PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. S

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani *life saving* di IGD (Instalasi Gawat Darurat)	100	100	100	100	100
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	100	100	100	100	100
		3. 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	100
		b. Perawat	100	100	100	100	100
		4. Ketersediaan 1 (satu) Tim Penanggulangan Bencana.	100	100	100	100	100
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat ≤ 5 menit	100	100	100	100	100
		6. Kematian pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat (IGD)	2	2	2	2	2

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100	100	100	100	100
		8. Kepuasan pelanggan	71	72	73	74	75
2.	Pelayanan Rawat jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik Spesialis	100	100	100	100	100
		2. Ketersediaan Pelayanan Spesialis Anak,Spesialis Bedah,Spesialis Dalam,dan Spesialis Kandungan	100	100	100	100	100
		3. Jam buka pelayanan jam 08.00 - 13.00 WIB	100	100	100	100	100
		4. Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit	80	75	70	65	60
		5. Kepuasan pelanggan	85	86	87	88	89
3.	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap					
		a. Dokter Spesialis	100	100	100	100	100
		b. Perawat minimal D3	99	99	99	100	100
		2. Jam visite dokter spesialis jam 08.00WIB s/d 12.00 WIB	99	99	99	100	100
		3. Kejadian Infeksi paska operasi	3	3	3	3	3
		4. Kejadian Infeksi nosokomial (INOS)	3,1	3	3	3	3
		5. Angka kematian >48 jam	17	16	15	14	13
		6. Kejadian pulang paksa	4	4	3	3	2

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
		7. Rawat inap TB					
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60	60	65	65	65
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	80	85	90	95	100
		8. Kepuasan pelanggan	71	72	73	74	75
4.	Pelayanan Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari	2	1,9	1,8	1,7	1,6
		2. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	1	0,9	0,8	0,7	0,6
		3. Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1 %	94	95	96	97	98
		4. Tidak adanya operasi salah sisi	94	95	96	97	98
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	94	95	96	97	98
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi.	94	95	96	97	98
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	6	5	4	3	3
5.	Pelayanan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan					
		a. Perdarahan	1	1	1	1	1
		b. Pre eklamsi	29	28	27	26	25
		c. Sepsis	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
		2. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria					
		3. Kemampuan menangani BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) 1500-2500gr	96	97	97	98	98

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
6.	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke ICU *(Intensife Care Unit*) dengan kasus yg sama <72 jam	3	3	3	3	3
		2. Pemberi pelayanan ICU					
		a. Dokter Spesialis Anesthesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani.	100	100	100	100	100
		b. Perawat bersertifikat	100	100	100	100	100
7.	Pelayanan *Voluntary Conselling Testing* (VCT) / Konseling penderita	1. Jam buka pelayanan Klinik VCT sesuai jadwal	100	100	100	100	100
		2. Keberhasilan konseling VCT penderita yang diduga HIV/AIDS	100	100	100	100	100
8.	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto ≤ 3 jam	70	70	70	70	70
		2. Pelayanan expertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi	100	100	100	100	100
		3. Kejadian hasil foto rontgen tidak dapat dibaca	2	2	2	2	2
		4. Kepuasan pelanggan	75	75	75	80	80
9.	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin ≤ 140 menit	92	94	96	98	100
		2. Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik	100	100	100	100	100
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium	100	100	100	100	100

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
		4. Kepuasan pelanggan	80	81	82	83	84
10.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehab medik yang direncanakan.	20	10	5	3	2
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehab medik	95	96	97	98	99
		3. Kepuasan pelanggan	85	90	95	95	95
11.	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan					
		a. Obat Jadi ≤ 30 menit	94	94	95	95	95
		b. Obat Racikan ≤ 60 menit	81	81	82	82	83
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100	100	100	100	100
		3. Penulisan resep sesuai dengan formularium	98	98	98	98	98
		4. Kepuasan Pelanggan	74	75	76	77	78
12.	Pelayanan Instalasi Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	95	96	97	98	99
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	15	14,5	14	13,5	13
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	98,8	98,9	99	99,1	99,2
13.	Pelayanan Loundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	99	99	99	99	99

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
	Loundry	2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	99	99	99	99	99
`14.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	75	80	80	80	80
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat	70	70	75	75	75
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	85	85	90	95	100
15.	Pelayanan Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair					
		a. BOD<30mg/l	65	70	80	90	100
		b. COD<80mg/l	65	70	80	90	100
		c. TSS<30mg/l	70	75	80	90	100
		d. PH6-9	65	75	80	90	100
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	90	100	100	100	100
16.	Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	75	80	85	85	90
		2. Tersedia Alat Pelindung Diri di setiap instalasi / departemen	68	70	75	75	80
		3. Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia l / HAIs (*Health Care Associated Infection*) di Rumah Sakit (paling sedikit 1 (satu) parameter)	90	90	90	90	90

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
17.	Pelayanan Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)	80	85	90	95	100
		2. Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	100	100	100	100	100
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	90	95	97	100	100
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	70	80	100	100	100
18.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi	90	90	95	95	95
		2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100	100	100	100	100
		3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100	100	100	100	100
		4. Ketepatan waktu pengusulan Kenaikan gaji berkala	100	100	100	100	100
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	50	55	60	65	65

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
		6. Cost Recovery	50	52,5	55	57,5	60
		7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	98	98,5	99	99,5	100
		8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam	4,5	4	3,5	3	2,5
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu	100	100	100	100	100
19.	Pelayanan Ambulan/ kereta jenazah	1. Waktu pelayanan Ambulan/ Kereta Jenazah 24 jam	95	95	95	95	95
		2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulan / Kereta Jenasah di Rumah Sakit ≤ 30 Menit	80	80	85	85	90
		3. Kecepatan menyediakan ambulan untuk rujukan Pasien ≤ 2 jam	80	80	85	85	90
20.	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu Tanggap (Response Time Pelayanan Pemulasaraan Jenazah) ≤ 2 Jam	85	90	90	95	95
21.	Pelayanan Gakin (Keluarga Miskin)	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang Ke Rumah Sakit pada setiap Unit Pelayanan (jamkesmas)	100	100	100	100	100
22.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100	100	100	100	100
		2. Kejadian Reaksi Transfusi	100	100	100	100	100

Plt. BUPATI KEB

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8

YAZID MAHFUD

BUMEN
S

MINIMAL
AERAH
MEN

OEDIRMAN

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Sub Bagian Kepegawaian
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Instalasi Gawat Darurat

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Rawat Inap
Kepala Instalasi Rawat Inap
Tim Penanggulangan Infeksi Nosokomial
Kepala Instalasi Rawat Inap
Kepala Bidang Pelayanan Medis

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Komite Medis
Komite Medik dan Kepala Bidang Pelayanan Medis

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala ICU (*Intensife Care Unit*)
Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Radiologi
Kepala Instalasi Radiologi
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Laboratorium
Kepala Instalasi Laboratorium
Kepala Instalasi Laboratorium

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Bidang Pelayanan Medis
Kepala Instalasi Farmasi
Kepala Instalasi Gizi
Kepala Unit Loundry

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala Instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit (IPRS)
Kepala Higeyne dan Sanitasi (HS)
Ketua Tim Pengendali Infeksi Nosokomial

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala Seksi Rekam Medis dan Rujukan
Direktur dan Kepala Bagian Tata Usaha
Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Perencanaan
Kepala.Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian
Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian
Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian

PENANGGUNG JAWAB
9
Kepala Bidang Keuangan
Kepala Bidang Keuangan
Kepala Bidang Keuangan
Kepala Bidang Keuangan
Kepala Sub Bagian Umum
Kepala Sub Bagian Umum
Kepala Sub Bagian Umum
Kepala Unit Pemulasaraan
Direktur
Direktur
Direktur

BUMEN,

PENANGGUNG JAWAB
9

Z