



GUBERNUR SUMATERA SELATAN

PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN

NOMOR 11 TAHUN 2014

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dimaksud dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat ;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, di atas perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1814);

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);

3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 159b/ Menkes/ SK/Per/ II/ 1998 tentang Rumah Sakit;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
10. Peraturan Gubernur Nomor 16 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas di Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan;
11. Peraturan Gubernur Nomor 13 Tahun 2009 tentang Uraian Tugas dan Fungsi Unit Pelaksana Teknis Dinas di Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Provinsi adalah Provinsi Sumatera Selatan.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan.
3. Gubernur adalah Gubernur Sumatera Selatan.
4. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
5. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat.
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat.
8. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, taat penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

9. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
11. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
12. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
13. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
14. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
15. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
16. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
17. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
18. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
19. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal ini disusun dengan maksud sebagai panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Minimal Rumah Sakit.
- (2) Tujuan Standar Pelayanan Minimal ini disusun dengan tujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan Rumah Sakit.

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

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan
Pasal 3

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan upaya penanggulangan penyakit mata secara menyeluruh dengan berorientasi pada masyarakat dengan kelayakan kemampuan ekonominya melalui upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), promotif serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan Rumah Sakit meliputi:
 1. pelayanan gawat darurat
 2. pelayanan rawat jalan :
 - a. poliklinik umum mata;
 - b. poliklinik spesialis mata;
 - 1) poliklinik katarak dan bedah refraktif;
 - 2) glaukoma;
 - 3) vitreoretina;
 - 4) infeksi dan imunologi;

- 5) pediatri oftalmologi;
- 6) strabismus;
- 7) neuro oftalmologi;
- 8) onkologi mata;
- 9) bedah plastik dan rekonstruksi;
- 10) refraksi dan Lensa kontak (kontakologi);

c. poliklinik VIP;

3. pelayanan rawat inap
4. pelayanan bedah mata
5. pelayanan laboratorium
6. pelayanan apotek
7. pelayanan gizi
8. pelayanan keluarga miskin
9. Pelayanan Rekam Medis
10. Pelayanan Sanitasi
11. Administrasi dan Manajemen
12. Pelayanan Ambulance
13. Pelayanan Laundry dan CSSD
14. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
15. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II adalah merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit yang telah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana diatur dalam Peraturan Gubernur ini.

- (2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan terhadap Rumah Sakit dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan Operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.

- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktorat atau Pimpinan Rumah Sakit.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan Pengawasan terhadap Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pembina dan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9, dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap Rumah Sakit yang telah menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9, dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 12

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan.

Ditetapkan di Palembang
pada tanggal 16 Mei 2014
GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

dto

H. ALEX NOERDIN

Diundangkan di Palembang
pada tanggal 16 Mei 2014
Plt. SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
SUMATERA SELATAN,

dto

H. MUKTI SULAIMAN

BERITA DAERAH PROVINSI SUMATERA SELATAN
TAHUN 2014 NOMOR 11

LAMPIRAN I : PERATURAN GUBERNUR
SUMATERA SELATAN
NOMOR : 11 TAHUN 2014
TENTANG PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA
MASYARAKAT

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR
DAN STANDAR

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Standar
1	2	3	4
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat	100 %
		Pelayanan Gawat Darurat 24 jam	100%
		Pemberian pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/PPGD/GELS/ALS)	100%
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim
		Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat	≤ 5 menit
		Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 70 %
		Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2 %
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%
2	Pelayanan Rawat Jalan	Poliklinik Umum Mata Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis Mata	
		Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan	Pelayanan Spesialis Mata, Katarak dan Bedah Refraktif, Glaukoma,

			Vitreoretina, Infeksi dan Imunologi, Pediatri Oftalmologi, Strabismus, Neuro Oftalmologi, Bedah Plastik dan Rekonstruksi, Refraksi dan Lensa Kontak (Kontaktologi)
		Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%
		Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 Menit
		Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan	≥ 90 %
3	Pelayanan Rawat Inap	Pemberi pelayanan di rawat inap	100 %
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
		Ketersediaan pelayanan rawat inap	Pelayanan Spesialis Mata
		Jam Visite Dokter Spesialis	100 %
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %
		Kematian pasien > 48 jam	< 0,25‰
		Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		Kepuasan Pelanggan Rawat Inap	≥ 90 %
4	Bedah Mata	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		Kejadian kematian di meja	≤ 1 %

		operasi	
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
		Tidak adanya operasi salah orang	100 %
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	$\leq 6 \%$
5	Pelayanan Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 menit
		Pelaksana ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
		Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$
6	Pelayanan Apotek	Waktu tunggu pelayanan -resep obat jadi -resep obat racikan	$\leq 30\%$ $\leq 60\%$
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$
		Penulisan resep sesuai formularium	100 %
7	Pelayanan Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	$\geq 90 \%$
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\geq 20 \%$
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %
8	Pelayanan Pasien Miskin	Pelayanan terhadap pasien miskin yang datang ke RS	100 %
9	Pelayanan Rekam	Kelengkapan pengisian rekam	100 %

	Medik	medik 24 jam setelah selesai pelayanan	
		Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100 %
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Rerata $\leq$ 10 menit
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Rerata $\leq$ 15 menit
10	Pelayanan Limbah	Baku mutu limbah cair: BOD < 30mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l pH 6-9	100 %
		Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %
11	Administrasi dan Manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Kepala Seksi	100 %
		Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	100 %
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
		Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	$\geq$ 60 %
		Cost Recovery	$\geq$ 40 %
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	$\leq$ 2 jam
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %

12	Pelayanan Ambulance	Waktu pelayanan ambulance	8 jam
		Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance di Rumah Sakit	100 %
13	Pelayanan Laundry & CSSD	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
14	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
		Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %
15	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Tim PPI	75 %
		Koordinasi Alat Pelindung Diri	75 %
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	75 %

GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

dto

H. ALEX NOERDIN

LAMPIRAN II : PERATURAN GUBERNUR
SUMATERA SELATAN
NOMOR : 11 TAHUN 2014
TENTANG PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA
MASYARAKAT

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat

Judul	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> .
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Sumber data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

2. Pelayanan Gawat Darurat

Judul	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam 1 bulan
Sumber data	:	Laporan bulanan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten di gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas

Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Unit Gawat Darurat
Standar	:	1 tim
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat / Tim mutu

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	:	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (n minimal=50)
Sumber data	:	Sampel
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat / Tim mutu
---------------------------------	---	--------------------------------------

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat / Tim mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	:	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam setelah pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan

Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 2 per seribu
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi mutu	:	Akses dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pelayanan Di Poliklinik Umum Mata dan Poliklinik Spesialis

Judul	:	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik umum mata dan poliklinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi Teknis

Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter umum dan dokter spesialis yang berkompeten
Definisi Operasional	:	Poli Umum Mata adalah Poli erawatan rawat jalan dirumah sakit yang dilayani oleh dokter umum. Poli Spesialis adalah poli perawatan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis mata
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka poli umum mata dan poli spesialis yang dilayani oleh Dokter Umum dan Dokter spesialis dalam waktu 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka poliklinik umum mata dan poliklinik spesialis dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik umum mata dan poliklinik spesialis
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan dasar dan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan dasar dan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan

Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan dasar dan spesialistik yang ada kualitatif
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Poli : mata
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Jalan

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan dasar dan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter umum dan dokter spesialis jam buka 1. 08.00 s.d. 12.00 Senin s.d. Kamis 2. 08.00 s.d. 11.00 Jum'at 3. 16.00 s.d. 20.00 senin s.d. jum'at
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan dasar dan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam waktu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Jalan

4. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan

Judul	:	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan dasar dan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter umum dan dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	:	Survey pasien rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Jalan/ Tim Mutu

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	:	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)

Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Jalan/ Tim Mutu

3. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	:	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang berkompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	a. Dokter spesialis b. Perawat (minimal pendidikan D3)
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Inap

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	:	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring
Frekuensi Pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	Pelayanan spesialis mata
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga

		medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s/d 14.00 wib
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s/d dengan 14.00 wib yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Rawat Inap/ Tim Mutu

5. Kejadian Infeksi Paska Operasi

Judul	:	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi
Definisi Operasional	:	Infeksi paska operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai dengan rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan

Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Medik/ Komite Mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial dirumah sakit
Definisi Operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat dirumah sakit yang meliputi <i>dekubitus</i> , <i>phlebitis</i> , <i>sepsis</i> , dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit rawat inap, Komite Medik dan Ketua Komite Mutu

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

Judul	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien

Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi, dan sebagainya yang berakibat kecacatan / kematian
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan / kematian
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit rawat inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap dirumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dan satu bulan

Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	< 0,25 ‰
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan
Definisi Operasional	:	Kejadian pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	:	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan

Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (%)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

D. BEDAH MATA

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	:	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Operasi

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah mata dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang tidak diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Operasi / Komite Medik

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian bagian bedah mata terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi

		adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Operasi / Komite Medik

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian bagian bedah mata terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Operasi / Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Operasi / Komite Medik

6. Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	:	Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	:	Kejadian tertinggal benda asing adalah kejadian dimana benda

		asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Operasi / Komite Medik

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

Judul	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Definisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 bulan

Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Operasi / Komite Medik

E. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 140 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa
Definisi Operasional	:	Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil pelayanan laboratorium pasien yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register di instalasi laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Laboratorium

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Keselamatan

Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboatorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (%)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	survey
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Laboratorium

F. PELAYANAN APOTEK

1.a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan Apotek
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi selama ≤ 15 menit
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 30\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Apotek

1.b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan Apotek
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan selama ≤ 30 menit
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan

Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Apotek

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien bagian Apotek yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien bagian Apotek yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Apotek

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan

Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Apotek
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Apotek
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (%)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien bagian Apotek yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Apotek

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit (non paviliun)
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 bulan (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Seksi Penunjang Medis dan Perawatan / Bagian Apotek

G. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Pada Pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan bagian gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Perawatan

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan bagian gizi
Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei

Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 20 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Perawatan

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan bagian gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Perawatan

H. PELAYANAN PASIEN MISKIN

1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN (Jamkesmas & Jamsoskes) Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	:	Pelayanan terhadap pasien GAKIN (Jamkesmas & Jamsoskes) yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses

Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap pasien miskin
Definisi Operasional	:	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang memegang kartu Jamkesmas dan mengikuti program Jamsoskes Sumsel Semesta
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Rumah Sakit

I . PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq$ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume

Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub. Bagian Tata Usaha / Bagian Rekam Medik

2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	:	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan tersebut
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan

Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub. Bagian Tata Usaha / Bagian Rekam Medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rerkam medik yang diamati ($n \geq 100$)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	:	Rata-rata ≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Bagian rekam medik

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan dan efisiensi

Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien diputuskan untuk rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap
Standar	:	Rata-rata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Bagian rekam medik

J. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	:	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	:	Kesehatan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/l

		COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 80 mg/l TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) : 30 mg/l Ph : 6 – 9
Frekuensi Pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Keperawatan / Bagian Laboratorium

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan

Judul	:	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai aturan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit/ dan atau dapat mencederai, antara lain: 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengelolaan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai

		dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengelolaan limbah yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Keperawatan / Bagian Laboratorium

K. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Kepala Seksi

Judul	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Kepala Seksi
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Kepala Seksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Kepala Seksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai pada permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Notulen rapat

Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Rumah Sakit

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan melalui peratanggungjawab secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Laporan indikator kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan sekali dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bagian Tata Usaha
Standar	:	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Rumah Sakit
---------------------------------	---	--------------------

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat dilakukan 2 periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bagian kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Bagian Kepegawaian

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No.8/1974; UU No.43/1999)
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 tahun

Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bagian kepegawaian
Standar	:	100 % ,
Penanggung jawab pengumpul data	:	Bagian Kepegawaian, Keuangan

5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun

Judul	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi pegawai yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun di luar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per pegawai 16 jam pertahun
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai
Sumber data	:	Bagian kepegawaian
Standar	:	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Diklat

6. Cost Recovery

Judul	:	Cost recovery
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam tiga bulan
Sumber data	:	Bagian kepegawaian
Standar	:	$\geq 40 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha / Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan

Denominator	:	Laporan keuangan harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Bagian kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Tata Usaha / Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Bagian keuangan

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada pegawai sesuai dengan realisasi pendapatan dan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian zinsentif
Denimonator	:	6
Sumber data	:	Catatan di bagian keuangan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Bagian keuangan

L. PELAYANAN AMBULANCE

1. Waktu Pelayanan Ambulance

Judul	:	Waktu Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien / keluarga pasein yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	Waktu Pelayanan Ambulance adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien / keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan sekali

Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam)pelayanan ambulance dalam 1 bulan
Denimonator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Unit Rawat Jalan / rawat Inap
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Perlengkapan

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance di Rumah Sakit

Judul	:	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan / Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	:	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien / keluarga pasien di Rumah Sakit sampau tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam satu bulan
Denimonator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulance
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Perlengkapan

M. PELAYANAN LAUNDRY DAN CSSD

1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektivitas

Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang sebenarnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Keperawatan

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Keperawatan

N. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
-------	---	---

Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 bulan
Sumber data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Keperawatan

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ service untuk tiap-tiap alat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 bulan

Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	:	Register pemeliharaan alat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Keperawatan

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

Judul	:	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	:	Buku register
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Penunjang dan Keperawatan/ Bagian Laboratorium

O. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	:	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang terlatih
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas PPI RS
Definisi Operasional	:	Adalah anggota Tim PPI RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI RS
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Panitia PPI

2. Koordinasi Alat Pelindung Diri

Judul	:	Tersedianya alat pelindung diri (APD)
Dimensi Mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	:	Jumlah instalasi di Rumah Sakit

Sumber data	:	Survey
Standar	:	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Panitia PPI

3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit. Minimal 1 parameter (ILO/infeksi luka operasi, ILI/infeksi luka infus, VAP/ventilator associated pneumonie, ISK/ infeksi saluran kemih)
Frekuensi Pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia di Rumah Sakit
Sumber data	:	Survey
Standar	:	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Panitia PPI

GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

dto

H. ALEX NOERDIN