

MATRIK KEGIATAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KANJURUHAN KABUPATEN MALANG

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

I.1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan RSUD Kanjuruhan 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	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>
Sumber data	:	Rekam medis di gawat darurat
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

I.2. Jam buka 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 penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Laporan bulanan
Standar/Target	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

I.3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat *Advanced Trauma Life Support/Basic Trauma Life Support/Advanced Cardiac Life Support*/Penanggulangan Penderita Gawat Darurat yang masih berlaku

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat <i>Advanced Trauma Life Support/Basic Trauma Life Support/Advanced Cardiac Life Support</i> /Penanggulangan Penderita Gawat Darurat yang masih berlaku
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan <i>Advanced Trauma Life Support/Basic Trauma Life Support/Advanced Cardiac Life Support</i> /Penanggulangan Penderita Gawat Darurat
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat <i>Advanced Trauma Life Support/Basic Trauma Life Support/Advanced Cardiac Life Support</i> /Penanggulangan Penderita Gawat Darurat
<i>Denominator</i>	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, Pengembangan dan Perpustakaan

I.4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	:	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Kesiagaan RSUD Kanjuruhan untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	:	Tim Penanggulangan Bencana adalah tim yang dibentuk di RSUD Kanjuruhan dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah Tim Penanggulangan Bencana yang ada di RSUD Kanjuruhan
<i>Denominator</i>	:	Tidak ada
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar/Target	:	1 (satu) tim
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

I.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	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani Dokter
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Sampel
Standar/Target	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Sub Komite Mutu

I.6. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
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	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Sub Komite Mutu

I.7. Kematian pasien ≤ 24 jam

Judul	:	Kematian pasien ≤ 24 jam
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	≤ 2 ‰ (perseribu)
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

I.8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

Judul	:	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
Dimensi Mutu	:	Akses dan keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak RSUD Kanjuruhan sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

II.1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis

Judul	:	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di RSUD Kanjuruhan yang dilayani oleh Dokter Spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh Dokter Spesialis dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

II.2. Ketersediaan pelayanan

Judul	:	Ketersediaan pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di RSUD Kanjuruhan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
<i>Denominator</i>	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar/Target	:	Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, Bedah, Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT), Kulit dan Kelamin, Ortopedi, Paru, Gigi dan Mulut, Mata dan Saraf
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

II.3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	:	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis, hari Senin-Kamis jam 08.00-13.00, hari Jumat jam 08.00-11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

II.4. Waktu tunggu di rawat jalan

Judul	:	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di RSUD Kanjuruhan yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh Dokter Spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar/Target	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Sub Komite Mutu

II.5. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Sub Komite Mutu

II.6.a. Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis

Judul	:	Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

II.6.b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien Tuberculosis yang berobat rawat jalan ke RSUD Kanjuruhan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien Tuberculosis rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	:	Seluruh kasus Tuberculosis rawat jalan di RSUD Kanjuruhan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

III.1. Pemberi pelayanan di rawat inap

Judul	:	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan di rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap adalah Dokter dan Perawat yang kompeten (minimal pendidikan D3 Keperawatan)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 (enam) bulan
Periode Analisis	:	6 (enam) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga Dokter dan Perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga Dokter dan Perawat yang bertugas di ruang rawat inap
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

III.2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	:	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Penanggung jawab pasien rawat inap adalah Dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien dalam 1 (satu) bulan yang mempunyai Dokter sebagai penanggung jawab
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

III.3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di RSUD Kanjuruhan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
<i>Denominator</i>	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar/Target	:	Minimal tersedia pelayananan rawat inap Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan serta Bedah
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

III.4. Jam *visite* Dokter Spesialis

Judul	:	Jam <i>visite</i> Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	:	Akses dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	:	<i>Visite</i> Dokter Spesialis adalah kunjungan Dokter Spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00-14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah <i>visite</i> Dokter Spesialis antara jam 08.00-14.00 yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> Dokter Spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Sub Komite Mutu

III.5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	:	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	:	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi <i>nosokomial</i> pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RSUD Kanjuruhan dan ditandai oleh rasa panas (<i>kalor</i>), kemerahan (<i>color</i>), pengerasan (<i>tumor</i>) dan keluarnya nanah (<i>pus</i>) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Komite Medik/Sub Komite Mutu

III.6. Kejadian infeksi *nosokomial*

Judul	:	Kejadian infeksi <i>nosokomial</i>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi <i>nosokomial</i> di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Infeksi <i>nosokomial</i> adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RSUD Kanjuruhan yang meliputi <i>dekubitus, phlebitis, sepsis</i> dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi <i>nosokomial</i> dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei dan laporan infeksi <i>nosokomial</i>
Standar/Target	:	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Sub Komite Mutu

III.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 yang jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi dan sebagainya yang berakibat kecacatan/kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan/kematian
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien rawat inap dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis dan laporan keselamatan pasien
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

III.8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSUD Kanjuruhan yang aman dan efektif
Definisi Operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk RSUD Kanjuruhan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	≤ 0,24 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Sub Komite Mutu

III.9. Kejadian pulang paksa

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh Dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	≤ 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Sub Komite Mutu

III.10. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Sub Komite Mutu

III.11.a. Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis

Judul	:	Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis Tuberculosis yang dilakukan melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah penegakan diagnosis Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	:	Rekam medis dan Register Rawat Inap
Standar/Target	:	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

III.11.b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien Tuberculosis yang berobat rawat inap ke RSUD Kanjuruhan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien Tuberculosis rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	:	Seluruh kasus Tuberculosis rawat inap di RSUD Kanjuruhan
Sumber data	:	Rekam medis dan Register Rawat Inap
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

IV. BEDAH SENTRAL (KAMAR OPERASI)

IV.1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	:	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah (operasi)
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai Dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis dan Register bedah sentral
Standar/Target	:	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)

IV.2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah sentral (kamar operasi) dan anestesi serta kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan (operasi) dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis dan Laporan keselamatan pasien
Standar/Target	:	≤ 1 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)/Komite Medik

IV.3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral (kamar operasi) terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis dan Laporan keselamatan pasien
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)/Komite Medik

IV.4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral (kamar operasi) terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis dan Laporan keselamatan pasien
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)/Komite Medik

IV.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 telah ditetapkan
Definisi Operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian dimana pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah tindakan operasi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis dan Laporan keselamatan pasien
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)/Komite Medik

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

Judul	:	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan Dokter Spesialis Bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis dan Laporan keselamatan pasien
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)/Komite Medik

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

Judul	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	≤ 6 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)/Komite Medik

V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

V.1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan RSUD Kanjuruhan terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia dan sepsis</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dan tiga tanda, yaitu:</p> <p>1) Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg;</p> <p>2) Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif;</p> <p>3) Oedem tungkai.</p> <p>Eklamsia adalah tanda pre-eklamsia yang disertai dengan kejang dan/atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia dan sepsis
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	Perdarahan ≤ 1 %, Pre-eklamsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bersalin dan Kepala Ruang Perawatan Perinatologi pada Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Sub Komite Mutu

V. 2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan Bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan Bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bersalin/Sub Komite Mutu

V.3. Pemberi persalinan dengan penyulit oleh Tim Pelayanan Obstetri Neonatal *Emergency* Komprehensif (PONEK)

Judul	:	Pemberi persalinan dengan penyulit oleh Tim Pelayanan Obstetri Neonatal <i>Emergency</i> Komprehensif (PONEK)
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim Pelayanan Obstetri Neonatal <i>Emergency</i> Komprehensif (PONEK) yang terdiri dari Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Umum, Bidan dan Perawat yang terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Tersedianya Tim Pelayanan Obstetri Neonatal <i>Emergency</i> Komprehensif (PONEK) terdiri dari Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Umum, Bidan dan Perawat terlatih
<i>Denominator</i>	:	Tidak ada
Sumber data	:	Kepegawaian dan Rekam medis
Standar/Target	:	100 % oleh Tim Pelayanan Obstetri Neonatal <i>Emergency</i> Komprehensif (PONEK) yang terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bersalin/Sub Komite Mutu

V.4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anestesi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga Dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bersalin/Sub Komite Mutu

V.5. Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr-2500 gr

Judul	:	Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr-2500 gr
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan RSUD Kanjuruhan dalam menangani Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
Definisi Operasional	:	Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	:	Rekam medis, register perinatologi dan kamar bersalin
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bersalin/Sub Komite Mutu

V.6. Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*

Judul	:	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di RSUD Kanjuruhan yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	:	<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah persalinan dengan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis dan Register Kamar Bersalin
Standar/Target	:	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bersalin/Sub Komite Mutu

V.7.a. Presentasi Keluarga Berencana Mantap (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten

Judul	:	Presentasi Keluarga Berencana Mantap (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jenis pelayanan Keluarga Berencana Mantap
<i>Denominator</i>	:	Jumlah peserta Keluarga Berencana
Sumber data	:	Rekam medis dan laporan Keluarga Berencana
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Wakil Direktur Pelayanan dan Kepala Bidang Pelayanan Medik

V.7.b. Presentasi peserta Keluarga Berencana Mantap yang mendapat konseling Keluarga Berencana Mantap oleh Bidan terlatih

Judul	:	Presentasi peserta Keluarga Berencana Mantap yang mendapat konseling Keluarga Berencana Mantap oleh Bidan terlatih
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan Bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan Keluarga Berencana Mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jenis konseling layanan Keluarga Berencana Mantap
<i>Denominator</i>	:	Jumlah peserta konseling Keluarga Berencana Mantap
Sumber data	:	Laporan unit layanan Keluarga Berencana
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Wakil Direktur Pelayanan dan Kepala Bidang Pelayanan Medik

V.8. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kamar Bersalin/Sub Komite Mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	:	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	≤ 3 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pelayanan Intensif/Komite Medik/Sub Komite Mutu

VI.2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	:	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif dengan tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah Dokter Spesialis Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat minimal pendidikan D3 Keperawatan dengan sertifikat Perawat mahir <i>Intensive Care Unit</i> /setara
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga Dokter Spesialis Anestesi dan Dokter Spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat minimal pendidikan D3 Keperawatan dengan sertifikat Perawat mahir <i>Intensive Care Unit</i> /setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga Dokter dan Perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pelayanan Intensif/Komite Medik/Sub Komite Mutu

VII. PELAYANAN RADIOLOGI

VII.1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

VII.2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi

Judul	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah Dokter Spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkananya tanda tangan Dokter Spesialis Radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada Dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh Dokter Spesialis Radiologi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

VII.3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar/Target	:	Kerusakan foto $\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

VII.4. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi/Sub Komite Mutu

VIII. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

VIII.1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan 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 adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≤ 140 menit untuk kimia darah dan darah rutin
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik

VIII.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 diagnosis
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah Dokter Spesialis Patologi Klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya kesimpulan dan tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada Dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik

VIII.3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	:	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medis/Register pemeriksaan laboratorium
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik

VIII.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 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik

IX. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

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

Judul	:	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	6 (enam) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	:	Rekam medis/Register pasien di Instalasi Rehabilitasi Medik
Standar/Target	:	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

IX.2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan, yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

IX.3. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

X. PELAYANAN FARMASI

X.1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

X.1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

X.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: a. salah dalam memberikan jenis obat; b. salah dalam memberikan dosis; c. salah orang; d. salah jumlah.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang mengambil obat di Instalasi Farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang mengambil obat di Instalasi Farmasi yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

X.3. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

X.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 RSUD Kanjuruhan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) bulan (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

XI. PELAYANAN GIZI

XI.1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, akses dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan Instalasi Gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XI.2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi
Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RSUD Kanjuruhan)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XI.3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
Dimensi Mutu	:	Keamanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet kepada pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

XII.1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	:	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	:	Pemenuhan kebutuhan darah adalah kebutuhan darah yang selalu siap/ada bagi setiap pelayanan transfusi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik/Kepala Pelayanan Bank Darah pada Instalasi Patologi Klinik

XII.2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen risiko pada Unit Bank Darah rumah sakit
Definisi Operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis/Register pasien di Unit Bank Darah
Standar/Target	:	≤ 0,01 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik/Kepala Pelayanan Bank Darah pada Instalasi Patologi Klinik

XIII. PELAYANAN KELUARGA MISKIN (GAKIN)

**XIII.1. Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (Gakin) yang datang ke RSUD
Kanjuruhan pada setiap unit pelayanan**

Judul	:	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (Gakin) yang datang ke RSUD Kanjuruhan pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian RSUD Kanjuruhan terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	Pasien Keluarga Miskin (Gakin) adalah pasien pemegang kartu miskin (Jamkesmas, Jamkesda, Surat Pernyataan Miskin)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien Keluarga Miskin (Gakin) yang dilayani RSUD Kanjuruhan dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien Keluarga Miskin (Gakin) yang datang ke RSUD Kanjuruhan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register pasien
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan

XIV. PELAYANAN REKAM MEDIS

XIV.1. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	:	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab Dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	:	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh Dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
<i>Denominator</i>	:	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Rekam Medik, Evaluasi dan Pelaporan

XIV.2. Kelengkapan *Informed Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	:	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab Dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien terhadap tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Rekam Medik, Evaluasi dan Pelaporan

XIV.3. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis dimulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
<i>Denominator</i>	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (<i>minimal n = 100</i>)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar/Target	:	≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Rekam Medik, Evaluasi dan Pelaporan

XIV.4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh Dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
<i>Denominator</i>	:	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati (<i>minimal n = 100</i>)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang rawat inap
Standar/Target	:	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Rekam Medik, Evaluasi dan Pelaporan

XV. PENGELOLAAN LIMBAH

XV.1. Baku mutu limbah cair

Judul	:	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian RSUD Kanjuruhan terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	:	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : a. BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : < 30 mg/liter b. COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : < 80 mg/liter c. TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) : < 30 mg/liter d. PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair RSUD Kanjuruhan yang sesuai dengan baku mutu
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Sanitasi Lingkungan

XV.2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan

Judul	:	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederaikan, antara lain:</p> <p>a. sisa jarum suntik;</p> <p>b. sisa ampul;</p> <p>c. kasa bekas;</p> <p>d. sisa jaringan.</p> <p>Pengelolaan limbah padat infeksius harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total proses pengelolaan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Sanitasi Lingkungan/Ketua Panitia Kesehatan dan Keselamatan Kerja

XVI. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

XVI.1. Tindak lanjut hasil pertemuan direksi

Judul	:	Tindak lanjut hasil pertemuan direksi
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut hasil pertemuan direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan dalam rapat dengan direksi (rapat struktural), terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan

XVI.2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan produktivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan dan/atau kegagalan pengelolaan RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Hasil evaluasi kinerja pelayanan RSUD Kanjuruhan (keuangan dan non keuangan) berupa analisis akuntabilitas kinerja sasaran dalam rangka mewujudkan tujuan, visi dan misi yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB), Rencana Kerja dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahunan dan dilaporkan secara lengkap dalam bentuk dokumen laporan triwulan, semester dan tahunan disiapkan ke direktur setiap tanggal 20 bulan berikutnya untuk di tanda tangani
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan, semester dan tahunan
<i>Numerator</i>	:	Dokumen laporan lengkap (keuangan dan non keuangan) yang disiapkan ke direktur
<i>Denominator</i>	:	Dokumen laporan lengkap (keuangan dan non keuangan) yang disiapkan ke direktur sebelum tanggal 20 bulan berikutnya
Sumber data	:	Bagian dan Bidang
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan

XVI.3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian RSUD Kanjuruhan terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan 2 (dua) periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode Analisis	:	1 (satu) tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	:	Sub Bagian Kepegawaian
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian

XVI.4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian RSUD Kanjuruhan terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan perundang-undangan tentang kepegawaian yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode Analisis	:	1 (satu) tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan surat keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	:	Sub Bagian Kepegawaian
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian

XVI.5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun

Judul	:	Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian RSUD Kanjuruhan terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di dalam RSUD Kanjuruhan ataupun di luar RSUD Kanjuruhan yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode Analisis	:	1 (satu) tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh karyawan RSUD Kanjuruhan
Sumber data	:	Sub Bagian Kepegawaian
Standar/Target	:	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian

XVI.6. Cost recovery

Judul	:	<i>Cost recovery</i>
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi
Standar/Target	:	≥ 40 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Keuangan

XVI.7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Keuangan

XVI.8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh Dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar/Target	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Keuangan

XVI.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 karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 (satu) bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 (enam) bulan
Periode Analisis	:	6 (enam) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
<i>Denominator</i>	:	6 (enam) bulan
Sumber data	:	Catatan di Bagian Keuangan
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bagian Keuangan

XVII. PELAYANAN AMBULANS/KERETA JENAZAH

XVII.1. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah

Judul	:	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Kedokteran Kehakiman
Standar/Target	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat dan Kepala Instalasi Kedokteran Kehakiman

XVII.2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah

Judul	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan RSUD Kanjuruhan dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/kereta jenazah
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/kereta jenazah yang diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RSUD Kanjuruhan sampai tersedianya ambulans/kereta jenazah. Maksimal 30 menit.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah penyediaan ambulans/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulans/kereta jenazah
Standar/Target	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat dan Kepala Instalasi Kedokteran Kehakiman

XVII.3. Response time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	:	Response time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian RSUD Kanjuruhan terhadap kebutuhan pasien/masyarakat akan pelayanan ambulans
Definisi Operasional	:	Response time pelayanan ambulans adalah waktu tanggap yang dibutuhkan mulai pasien/masyarakat menghubungi RSUD Kanjuruhan sampai dengan petugas dan ambulans siap berangkat (keluar RSUD Kanjuruhan)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Total kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans untuk pasien/masyarakat yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Total pasien/masyarakat yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar/Target	:	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

XVIII. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

XVIII.1. *Response time* pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	:	<i>Response time</i> pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian RSUD Kanjuruhan terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	:	<i>Response time</i> pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar/Target	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kedokteran Kehakiman

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

XIX.1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan 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 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar/Target	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Sanitasi Lingkungan

XIX.2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan (<i>service</i>) untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register pemeliharaan alat
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Sanitasi Lingkungan

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

Judul	:	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode Analisis	:	1 (satu) tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah alat laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	:	Buku registrasi
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Patologi Klinik dan Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Sanitasi Lingkungan

XX. PELAYANAN *LAUNDRY*

XX.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 <i>laundry</i>
Definisi Operasional	:	-
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral (Unit <i>Laundry</i>)

XX.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 <i>laundry</i>
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
<i>Denominator</i>	:	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral (Unit <i>Laundry</i>)

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

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

Judul	:	Ada anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)
Definisi Operasional	:	Anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah anggota yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjutan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode Analisis	:	1 (satu) tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang sudah terlatih
<i>Denominator</i>	:	Jumlah anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar/Target	:	≥ 75 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Panitia Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)

XXI.2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) di setiap Instalasi

Judul	:	Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) di setiap Instalasi
Dimensi Mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap Instalasi di lingkungan RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Alat Pelindung Diri (APD) adalah alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD Kanjuruhan seperti: masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu bot dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) hari
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah Instalasi yang menyediakan Alat Pelindung Diri (APD)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah Instalasi yang tersedia di RSUD Kanjuruhan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Panitia Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) dan Tim Pelaksana Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)

XXI.3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi *nosokomial*//HAI (*Health Care Associated Infections*) di RSUD Kanjuruhan

Judul	:	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi <i>nosokomial</i> //HAI (<i>Health Care Associated Infections</i>) di RSUD Kanjuruhan
Dimensi Mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi <i>nosokomial</i> di RSUD Kanjuruhan
Definisi Operasional	:	Kegiatan pengamanan faktor risiko infeksi <i>nosokomial</i> , pengumpulan data (<i>cek list</i>) pada Instalasi yang tersedia di RSUD Kanjuruhan. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain: Infeksi Luka Operasi (ILO), Infeksi Luka Infus (ILI), <i>Ventilator Assosiated Pneumonie</i> (VAP), Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) hari
Periode Analisis	:	1 (satu) bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah Instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah Instalasi yang tersedia di RSUD Kanjuruhan
Sumber data	:	Survei
Standar/Target	:	≥ 75 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Panitia Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)

BUPATI MALANG,

Ttd.

H. RENDRA KRESNA