



SALINAN

BUPATI SITUBONDO

PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI SITUBONDO

NOMOR 4/ TAHUN 2014

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ASEMBAGUS

KABUPATEN SITUBONDO

BUPATI SITUBONDO,

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

Menimbang

- : a. bahwa penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Situbondo, merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan Situbondo.
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan kesehatan masyarakat sehingga rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat Situbondo.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo.

Mengingat

- : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 44);
- 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan;
- 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 102 Tahun 2000 Tentang Standardisasi Nasional;
12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
14. 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 4285);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);

17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3737);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Uang Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4738);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
21. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2004 Tentang Tunjangan Jabatan Fungsional Dokter, Dokter Gigi, Apoteker, Asisten Apoteker, Pranata Laboratorium Kesehatan, Epidemiolog Kesehatan, Entomolog Kesehatan, Sanitarian, Administrator Kesehatan, Penyuluh Kesehatan Masyarakat, Perawat Gigi, Nutrisionis, Bidan, Perawat, Radiografer, Perekam Medis, Dan Teknisi Elektromedis;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1747/MENKES/SK/XII/2000 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228/MENKES/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
25. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : KEP/118/M.PAN/2004 Tentang Pedoman Umum Penanganan Pengaduan Masyarakat Bagi Instansi Pemerintah;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
27. Peraturan daerah Kabupaten Situbondo Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo (Lembaran Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2008 Nomor 2);
28. Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 5 Tahun 2013 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo (Lembaran Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2013 Nomor 5).

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI SITUBONDO TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ASEMBAGUS KABUPATEN SITUBONDO

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Situbondo.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Situbondo.
3. Bupati adalah Bupati Situbondo.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD Asembagus adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Situbondo.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo.
6. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.
7. Jenis pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Situbondo kepada masyarakat.
8. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Situbondo yang selanjutnya disebut dengan SPM RSUD Asembagus adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.
9. 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 tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 2

Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo sebagaimana tersebut dalam Lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, dipergunakan sebagai standar dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo.

BAB III KETENTUAN PENUTUP

Pasal 4

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Situbondo
pada tanggal **21 AUG 2014**

BUPATI SITUBONDO,



DADANG WIGIARTO

Diundangkan di Situbondo
pada tanggal **21 AUG 2014**

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN SITUBONDO,**



SYAIFULLAH

BERITA DAERAH KABUPATEN SITUBONDO TAHUN 2014 NOMOR 41

**SALINAN sesuai dengan Aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM**



SETDA
ANNA KUSUMA, S.H.,M.Si
Pembina (IV/a)
19831221 200604 2 009

TGL.	UNIT KERJA	PARAF
	SEKDA	
	Abstensi III	
	Hrg. Organisasi	
	Dir. RSUP Memb.	
	Hrg. Hukum	
	Ksb. P2U	

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ASEMBAGUS
KABUPATEN SITUBONDO**

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan Pasal 14 ayat (1) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008, kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten. Dalam rangka otonomi daerah, Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerahnya. Rumah Sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai karakteristik dan organisasi yang kompleks, berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lainnya. Sejalan dengan pesatnya kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar. Dalam melaksanakan profesionalisme pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk menjamin peningkatan mutu pelayanan yang lebih terbuka (transparan) dan lebih bertanggung jawab (akuntabel) sehingga memberikan pelayanan yang prima, terjangkau dan sesuai standar. Sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan umum serta dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan administrasi dalam penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit wajib menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standar Pelayanan Minimal merupakan salah satu upaya untuk mendorong pemerintah daerah memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit yang bertujuan agar kebutuhan dasar masyarakat dibidang kesehatan umumnya dan pelayanan kesehatan rujukan/rumah sakit tidak terabaikan, tersedianya pelayanan yang terjangkau dan berkesinambungan, tersedianya pelayanan yang bermutu dan memenuhi standar, melindungi hak asasi masyarakat di bidang kesehatan serta sebagai akuntabilitas rumah sakit kepada pemerintah daerah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang Definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau rujukan, target, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja, dan sumber data.

C. PENGERTIAN KHUSUS

1. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. 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, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
3. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan, keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu kewaktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
8. Frekwensi pengumpulan data adalah frekwensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
9. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
10. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
11. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
12. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

II. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN SPM

Dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan instansi terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusunan.
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis.
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif.
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggunggugatkan kepada publik.
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

III. JENIS-JENIS PELAYANAN DI RSUD ASEMBAGUS

Jenis pelayanan RSUD Asembagus meliputi :

1. Pelayanan Medik dan Keperawatan terdiri dari :
 - a. Pelayanan Gawat Darurat.
 - b. Pelayanan Rawat Jalan.
 - c. Pelayanan Rawat Inap.
 - d. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi.
 - e. Pelayanan Intensif.
 - f. Pelayanan Bedah Sentral dan
 - g. Pelayanan Transfusi darah.
2. Pelayanan Penunjang dan Logistik terdiri dari :
 - a. Pelayanan Radiologi.
 - b. Pelayanan Farmasi.
 - c. Pelayanan Gizi.
 - d. Pelayanan Laboratorium dan Patologi Klinik.
 - e. Pelayanan Rehabilitasi Medik.
 - f. Pelayanan Pengelolaan Limbah.
 - g. Pelayanan Ambulan dan Kereta Jenazah.
 - h. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah.
 - i. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
 - j. Pelayanan Loundry dan
 - k. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
3. Pelayanan Bidang Administrasi dan Keuangan terdiri dari :
 - a. Pelayanan GAKIN.
 - b. Pelayanan Rekam Medik dan
 - c. Pelayanan Administrasi dan Manajemen.

IV. STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Standar	
1	2	3	4	5
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat	100 %	2 tahun
		Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam	100 %	1 tahun
		Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/PPGD/GELS/ALS)	100 %	2 tahun
		Ketersediaan tim penanggulangan Bencana	1 tim	5 tahun
		Waktu tanggap pelayanan Dokter Gawat Darurat	< 5 menit setelah pasien datang	2 tahun
		Kepuasan pelanggan pada Gawat darurat	> 70 %	2 tahun
		Kematian pasien < 24 jam di Gawat Darurat	< 2 per seribu	3 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	1 tahun
		Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	Dokter Spesialis	5 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat sesuai Jalan	Klinik: anak, jiwa, kebidanan, penyakit dalam, bedah, gigi, mata, VCT, rehabilitasi medic, jantung, paru, kulit, THT, radioterapi pojok DOTS, akupuntur, poli umum, ruang operasi, IGD, rawat inap, laboratorium, radiologi, pemulasaraan jenazah.	5 tahun
		Buka pelayanan sesuai ketentuan	Senin-kamis: 08.00-13.00 Jum'at-sabtu: 08.00-11.00	2 tahun
		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	> 60 %	2 tahun
		Waktu tunggu di rawat jalan	< 60 menit	4 tahun
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan Pelaporan TB	> 60 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	> 90 %	3 tahun
		Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan DOTS	100 % terlayani	1 tahun
		Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	< 2 hari	2 tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	Dokter Pemberi pelayanan di rawat inap	dokter spesialis	5 tahun
		Dokter yang bertanggung jawab pasien rawat inap	100%	2 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat inap	Pelayanan Spesialis	5 tahun
		Jam visite dokter	Jam 08.00 – 14.00	1 tahun
		Kejadian infeksi paska operasi	< 1,5 %	2 tahun
		Angka kejadian infeksi nosokomial	< 1,5 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 %	2 tahun
		Kematian pasien > 48 jam	< 0,25 %	1 tahun
		Kejadian pulang paksa	< 5 %	1 tahun
		Kepuasan pelanggan rawat inap	90%	4 tahun

1	2	3	4	5
4	Pelayanan Pasien Miskin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	2 tahun
5	Pelayanan Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi efektif	> 60 %	3 tahun
		Kejadian kematian di meja operasi	< 1%	3 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	> 60 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	1 tahun
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	1 tahun
		Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	1 tahun
6	Pelayanan persalinan, KIA, Perinatologi dan KB	Kemajuan Kematian Ibu karena persalinan	Perdarahann <1% Preeklamsi <30% Sepsis <0.2% Partus lama <20%	4 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter SPOG, dokter umum terlatih, bidan terlatih	2 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dokter SPOG, dokter Anak, dokter anastesi	2 tahun
		Pertolongan persalinan melalui seksio sesaria	< 20 %	1 tahun
		Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 g)	100%	5 tahun
		Kematian pasien < 48 jam akibat secsio cesaria	< 0.05%	5 tahun
		Kepuasan pelanggan	≤ 80 %	2 tahun
		Pelayanan KB mantap dan konseling KB mantap	Dokter SPOG dan Bidan terlatih	2 tahun
7	Pelayanan Perawatan intensif	Pelanggan yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 30 %	5 tahun
		Pemberi pelayanan unit intensif	SpAN,dokter spesialis kasus terkait,perawat mahir ICU/ ICCU/ PICU/NICU	5 tahun
8	Pelayanan administrasi manajemen	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	2 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	2 tahun
		Ketepatan penyusunan laporan keuangan	100%	2 tahun
		Ketepatan waktu dan akuntabilitas kinerja	100%	2 tahun
		Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat	< 3 jam	1 tahun
		Ketepatan waktu pemberian insentif (imbalan) sesuai kesepakatan waktu	100%	1 tahun

1	2	3	4	5
9	Pelayanan Rekam medis	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	3 tahun
		Kelengkapan inform consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	1 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan	Re rata < 10 menit	1 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	Re rata < 15 menit	1 tahun
10	Pelayanan farmasi	Waktu tunggu pelayanan - resep obat jadi - resep obat racikan	< 30 menit < 60 menit	2 tahun 2 tahun
		Penulisan obat sesuai formularium	> 95%	2 tahun
		Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	> 80 %	5 tahun
11	Pelayanan "laundry" dan CSSD	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	> 95%	2 tahun
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rapat inap	> 95 %	3 tahun
		Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan lain	100%	3 tahun
12	Pelayanan kedokteran, forensik dan medikolegal	Waktu tanggap pemulasaraan jenazah	< 2 jam	2 tahun
		Angka kecepatan penyelesaian VeR	> 90 %	2 tahun
		Penyelesaian VeR luar < 7 hari	> 95%	1 tahun
		Penyelesaian VeR luar < 14 hari	> 90 %	2 tahun
		Jumlah pelaksanaan otopsi	> 90 %	3 tahun
13	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	3 tahun
		Kejadian kegagalan pelayanan rontgen, kerusakan foto	≤ 2 jam	5 tahun
		Pelaksanaan ekspertisi hasil	100 %	5 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	2 tahun
		Waktu tunggu dilaksanakan pelayanan simulator	≤ 1 jam	5 tahun
		Waktu tunggu mendapatkan pelayanan penyinaran CO60	< 30 hari	5 tahun
14	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Kejadian kegagalan pelayanan rehabilitasi medis yang direncanakan	< 50 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	> 80 %	5 tahun
15	Pelayanan Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	> 90 %	2 tahun
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	< 20 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	95 %	2 tahun
		Jumlah permintaan makan yang terlayani	100 %	2 tahun
		Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani	> 90 %	1 tahun
		Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani	> 90 %	1 tahun

1	2	3	4	5
16	Pelayanan Pemeliharaan Sarana.RS	Kecepatan waktu menangani kerusakan alat	> 80 %	5 tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	5 tahun
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu	100 %	5 tahun
17	Pelayanan Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium, kimia darah dan darah rutin cito	> 120 menit	1 tahun
		Pelaksana ekspertisi hasil	100 %	5 tahun
		Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	5 tahun
		Kepuasan pelanggan	Tergambarnya presepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik	5 tahun
18	Pelayanan Mikrobiologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik	Umum : 3x24 jam darah maksimal 7 hari	1 tahun
		Pelaksana ekspertisi hasil	Umum : 3x24 jam darah maksimal 7 hari	5 tahun
		Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	5 tahun
19	Pelayanan Patologi Anatomi	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi anatomi	Histopatologi rutin : 4x24 jam Sitologi rutin : 2x24 jam Biopsy jarum : 2 jam	1 tahun
		Pelaksana ekspertisi hasil	< 120 menit	5 tahun
		Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	5 tahun
20	Pelayanan Parasitologi & Mikologi Klinik	Waktun tunggu hasil pelayanan laboratorium parasitologi & mikologi klinik	< 120 menit	1 tahun
		Pelaksana ekspertisi hasil	100 %	5 tahun
		Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	4 tahun
21	Pelayanan Bank Darah	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	4 tahun
		Kejadian reaksi transfusi	< 0,01 %	4 tahun
22	Pelayanan Sanitasi	Baku mutu limbah cair : BOD, COD, TSS, pH	< 30 mg/l, < 80 mg/l, < 30 mg/l, 6-9	1, 2, 2, 1 tahun
		Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	1 tahun
23	Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	24 jam	2 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di RS	< 30 menit (100%)	2 tahun
24	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	Ada anggota APD disetiap instalasi	Terlatih 75 %	5 tahun
		Tersedia APD di setiap instalasi	> 60 %	2 tahun
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosoko-mial/HAI (<i>Health care associated infection</i>) di RS	> 75 %	4 tahun

V. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. LAYANAN 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 1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertoongan <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 Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam 1 (satu) Bulan
Sumber Data	:	Laporan bulanan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi operasional	:	Tenaga kompeten di gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat BLS/PPGD/GELS/ACLS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	:	Jumlah tenaga yang membenarkan, pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab: Pengumpulan Data	:	Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian

4. Ketersedian 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 1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi gawat darurat
Standar	:	Satu tim
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi 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 1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (n minimal = 50)
Sumber Data	:	Sampel
Standar	:	< 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu

6. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu meningkatkan kepuasan pelanggan.
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (n minimal = 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	> 70%
Penanggung Jawab Pengumpulan	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu

7. Kematian Pasien< 24 jam di Gawat Darurat

Judul	:	Kematian pasien< 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Efektivitas 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 1 setelah pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) 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 medic
Standar	:	< 2 per seribu

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	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gawat 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 IGD

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul,	:	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan :	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 (satu) Bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Registrasi rawat jalan poliklinik spesialis
Sumber Data	:	Dokter spesialis
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul,	:	Ketersediaan. pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan :	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Data	:	
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada kualitatif
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Registrasi rawat jalan
Standar	:	Klinik: anak, jiwa, kebidanan, IGD, reab medik, penyakit dalam, bedah, syaraf, gigi, mata, VCT, jantung, paru, nyeri, kulit, THT, radioterapi, anastesi, geriatric, pojok DOTS, akupunctur, medical checkup, pemulasaraan jenazah, laboratorium, radiologi, ruang operasi, dan klinik infertilitas
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan Judul

Judul,	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan Judul
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan :	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan Spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) Bulan
Sumber Data	:	Registasi rawat jalan
Standar	:	
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Waktu tunggu di rawat jalan

Judul,	:	Waktu tunggu rawat jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan :	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	:	Survey rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul,	:	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan :	:	Terselenggaranya pelayan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah peryataan tentang presepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	≥90 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	:	Kepala Instalasi rawat jalan

6. Pasien rawat-jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien rawat jalantuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses,efisiefi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayaan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi . penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis : dan follow up pengobatan tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standard penanggulangan tuberculosisnasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu Setiap 3 (tiga)
Sumber Data	:	Registrasi rawat jalan,register TB 03 UPK—
Standar	:	100%
Penanggungjawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat jalan

7. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB memalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam Setiap 3 (tiga) Bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam Setiap 3 (tiga) Bulan
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat jalan

8. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di rumah sakit

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TF> yang berobat rawat Jalan ke Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	
Periode analisis	:	
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit.
Sumber Data	:	
Standar	:	
Penanggung jawab pengumpul data	:	

C. 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 kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 6 (enam) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang 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 Instalasi Gawat Darurat

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	:	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam Setiap 1 (satu) Bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala instalasi rawat inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialis yang ada
Denominator	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Registrasi rawat inap
Standar	:	Pelayanan Spesialis : anak, jiwa, kebidanan, rehab medik, penyakit dalam, bedah, saraf, gigi, mata, jantung, paru, kulit, THT, radioterapi, anestesi
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala intalasi 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 pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap hari
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	Jam 08.00 sampai 14.00
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala intalasi rawat inap

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 sanyatan 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 3x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis Seluruh Pasien yang dioperasi Setiap 1 (satu)
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Medik

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) Bulan
Sumber Data	:	Survey, laporan infekksi nosokomial
Standar	:	$\leq 1.5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/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, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau 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 Instalasi Rawat

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	:	Kematian pasien > 48 jam
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap dirumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap \geq 48 jam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medik,
Standar	:	$\leq 0.25\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Medik

9. Kejadian pulang paksa

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	:	Efektivitas kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan
Definisi operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dirawat dalam 1 (satu) Bulan
Sumber Data	:	Rekam medik,
Standar	:	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Medik

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya presepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey
Denominator	:	Jumlah Total pasien yang di survey (n minimal = 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Medik

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi dots
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani di rumah sakit dalam waktu Setiap 3 (tiga) Bulan
Sumber Data	:	Registasi rawat inap, registasi TB 03 UPK
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektifitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskop TB
Definisi operasional	:	Penegasan diagnosa pasti TB melalui pemeriksaan mikroskop pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah penegasan diagnosa TB di rumah sakit dalam Setiap 3 (tiga) Bulan
Denominator	:	JumlahTotal pasien yang di survey (n minimal = 50)
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala IGD

13. Kegiatan pencatatan dan pelaporan tuberkulosis di rumah sakit

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap rumah sakit
Sumber Data	:	Rekam medik
Standar	:	60 %
Penanggungjawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

D. PELAYANAN PASIEN MISKIN

1. Pelayanan terhadap pasien setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit setiap unit layanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu ASKESKIN
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam 1 (satu) Bulan
Sumber Data	Registrasi pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Direktur

E. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	: Rekam medik
Standar	: < 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	: Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	: Keselamatan, efektivitas
Tujuan	: Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah central dan anastesi 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 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	: $\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Bedah Sentral/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 instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	: Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien-dioperasi ada-sisi yang salah misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	: Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	: Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Keselamatan pasien Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	: Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien-dioperasi ada-sisi yang salah misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Periode analisis	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah pasien salah orang dalam waktu 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Bedah Sentral/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 yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Definisi operasional	: Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Periode analisis	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien salah orang dalam waktu 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

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

Judul	: Tidak adanya kejadian tertinggalnya 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 tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Periode analisis	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

7. Korriplikasi anastesi karena overdosis; reaksi anastesi 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
Definisi operasional	: Kompilikasi 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	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Periode analisis	: Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event
Numerator	: Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Rekam medik
Standar	: <6%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

F. PELAYANAN PERSALINAN, KIA, PERINATOLOGI DAN KB

1. Kejadian-kematian ibu karena persalinan

Judul	: Kejadian-kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	: Keselamatan pasien
Tujuan	: Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	: Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama, dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia tri smester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg Protein urea > 5g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	: Tiap bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing2 penyebab)
Denominator	: Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	: Rekam medik
Standar	: Perdarahan < 1 %, pre-eklampsia < 30%, Sepsis < 0.2 %, Partus lama < 20%
Penanggung jawab pengumpul data	: Komite Medik

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 SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator.	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data Standar	:	Kepegawaian Dokter SpOG, dokter umum terlatih, bidan
Penanggung jawab pengumpul data	:	Komite Medik

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500g, kelainan panggul, perdarahan antepartum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis
Denominator.	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber Data	:	Kepegawaian dan Rekam medik
Standar	:	Tim PONEK yang terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi rawat inap

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 SpOG; dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah tenaga dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	: Kepegawaian
Standar	: Dokter SpOG; dokter SpA; dokter SpAn
Penanggung jawab pengumpul data	: Komite Mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 g - 2500 g

Judul	: Kemampuan menangatit BBLR T5000g - 2500 g :
Dimensi mutu	: Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BB LR
Definisi operasional	: BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500g-2500 g
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah BBLR 1500 g - 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	: Jumlah seluruh BBLR 1500 g - 2500 g yang ditangani
Sumber Data	: Rekam medik
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Komite Medik/Komite utu

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	: Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	: Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang seesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	: Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh persalinan dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Rekam medik
Standar	: < 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Komite Mutu



7. Keluarga berencana mantap

Judul	:	Keluarga berencana mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersedian pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	:	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB
Sumber Data	:	Rekam medik dan Laporan KB rumah sakit
Standar	:	Dr SpOG; bidan terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	:	Wakil Direktur Pelayanan

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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survey
Standar	:	> 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

G. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
2. Pemberi pelayanan unit intensif

H. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi

Judul	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	:	Tindaklanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindaklanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) Bulan
Sumber Data	:	Notulen rapat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Direktur

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indicator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indicator-indikator kinerja pada rencana strategic bisnis rumah sakit, dan indicator-indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Laporan indicator kinerja minimal dilakukan Setiap 3 (tiga) Bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	:	1-tahun
Periode analisis	:	1-tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal Setiap 3 (tiga) Bulan dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber Data	:	Bidang Perencanaan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	: Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	: Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap pegawai
Definisi operasional	: Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua 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 seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
Sumber Data	: Bagian-Organisasi dan Kepegawaian
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala bagian organisasi dan kepegawaian

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	: Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	: Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap pegawai
Definisi operasional	: Kenaikan gaji berkala secara periodic 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 berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	: Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
Sumber Data	: Bagian-Organisasi dan Kepegawaian
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala bagian organisasi dan kepegawaian

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 kedekatannya rumah sakit terhadap kualitas SDM
Definisi operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal minimal per karyawan 16 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	:	Jumlah karyawan seluruh rumah sakit berkala dalam 1 tahun
Sumber Data	:	Bidang Pendidikan dan penelitian dan Bagian Organisasi dan Kepegawaian
Standar	:	$\geq 50\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bidang Pendidikan dan penelitian

6. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 (satu) Bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 Setiap 1 (satu) Bulan berikutnya dalam Setiap 3 (tiga) Bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam Setiap 3 (tiga) Bulan
Sumber Data	:	Bidang Akuntansi dan verifikasi
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bidang Akuntansi dan verifikasi

7. 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 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Tiap Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Hasil pengamatan
Standar	: < 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Bidang Pengelolaan pendapatan

8. 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 realisasi pendapat dan kinerja yang dicapai dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Frekuensi pengumpulan	: Setiap 6 (enam) Bulan
Periode analisis	: Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	: Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	: Setiap 6 (enam) Bulan
Sumber Data	: Catatan Bidang Anggaran dan Perbendaharaan
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul	: Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan

I. PELAYANAN-REKAM-MEDIK

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 < 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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah rekam medik yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan yang diisi lengkap
Denominator	: Jumlah rekam medik yg disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Survey
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik/ Wadir Pelayanan

2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	: Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	: Keselamatan.
Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab dokter : untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari 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 terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum 1 memberikan persetujuan tindakan medik dalam Setiap 1
Denominator	: Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber Data	: Survey
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik/Wadir Pelayanan

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	: Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rumah sakit
Definisi operasional	: Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien; baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan penyediaan dokumen mulai pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sample rawat jalan yang diamati
Denominator	: Total sample penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber Data	: Hasil survei pengamatan pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang pasien lama
Standar	: Re rata < 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	: Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi operasional	: Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien, baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1(satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sample rawat jalan yang diamati
Denominator	: Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber Data	: Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran pasien rawat jalan
Standar	: Re rata < 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik

J. PELAYANAN FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	: Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menerima obat-jadi
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	: survei
Standar	: ≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik

1. b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	: Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan Farmasi
Definisi operasional	: Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	: survei
Standar	: ≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rekam Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	: Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	: Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kejadian 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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	: Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	: survei
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Farmasi

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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	:	Penulisan resep 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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) Bulan (minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi farmasi

K. 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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang sebenarnya
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi CSSD dan Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rapat inap

Judul	: Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rapat 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 ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 1 (satu) Bulan
Numerator	: Jumlah hari dalam 1 (satu) Bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	: Jumlah hari dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	: Survei
Standar	: $\geq 95\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi CSSD dan Laundry

3. Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan

Judul	: Mutu sterilisasi, linen dan bahan
Dimensi mutu	: Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	: Agar mutu sterilisasi instrument, linen dan bahan dapat dipertanggungjawabkan
Definisi operasional	: Mutu sterilisasi instrument, linen dan bahan adalah angka yang menunjukkan sterilisasi instrument, linen dan bahan yang disterilkan oleh CSSD pada periode tertentu
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah instrument, linen dan bahan yang steril pada periode waktu tertentu
Denominator	: Jumlah seluruh instrument, linen dan bahan yang disterilkan pada periode waktu tertentu
Sumber data	: Survei
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instansi CSSD dan Laundry

L. PELAYANAN KEDOKTERAN FORENSIK & MEDIKO LEGAL

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	: Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
Dimensi mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran pemulasaran jenazah
Definisi operasional	: Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Total kumulatif waktu pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	: Hasil pengamatan
Standar	: ≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi kedokteran forensik dan medikolegal

2. Angka kecepatan waktu penyelesaian VeR

Judul	:	Angka kecepatan waktu penyelesaian VeR
Dimensi mutu	:	<i>Timeliness</i>
Tujuan	:	Agar pelayanan penyelesaian VeR dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat
Definisi operasional	:	Angka kecepatan waktu penyelesaian VeR adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan VeR
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian VeR
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala intalasi kedokteran forensik dan medikolegal

3. Penyelesaian VeR luar sama atau kurang dari 7 hari

Judul	:	Penyelesaian VeR luar sama atau kurang dari 7 hari
Dimensi mutu	:	Kecepatan pelayanan
Tujuan	:	Agar penyelesaian VeR luar dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat
Definisi operasional	:	Penyelesaian VeR luar adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pemeriksaan VeR luar
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian VeR luar yang kurang atau sama dengan 7 (tujuh) hari
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan pemeriksaan VeR luar
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala intalasi kedokteran forensik dan medikolegal

4. Kecapatan penyelesaian VeR luar dan dalam sama dengan atau kurang dari 14 hari

Judul	:	Kecapatan penyelesaian VeR luar dan dalam sama dengan atau kurang dari 14 hari
Dimensi mutu	:	<i>Timeliness</i>
Tujuan	:	Agar penyelesaian VeR luar dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat
Definisi operasional	:	Kecepatan penyelesaian VeR luar dan dalam adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan VeR
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian VeR luar dan dalam yang kurang atau sama dengan 14 hari
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan pemeriksaan VeR luar dan dalam
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala intalasi radiologi

5. Jumlah pelaksanaan otopsi

Judul	:	Jumlah pelaksanaan otopsi
Dimensi mutu	:	Efisiensi, efektif, tepat
Tujuan	:	Agar pelaksanaan otopsi sesuai dengan permintaan otopsi
Definisi operasional	:	Jumlah pelaksanaan otopsi adalah jumlah permintaan otopsi yang selesai dilakukan otopsi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	:	Jumlah pelaksanaan otopsi yang dilaksanakan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan otopsi
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi kedokteran forensik dan medikolegal

M. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax

Judul	:	Waktu hasil tunggu pelayanan hasil tunggu foto thorax
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspedisi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	:	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	:	Pelaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang diminta
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Register di instalasi radiologi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi radiologi

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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah foto yang tidak dapat dibaca dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber data	: Register radiologi
Standar	: $\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi radiologi

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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	: Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	: Survei
Standar	: $\leq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi radiologi

5. Waktu tunggu dilakukan pelayanan Simulator

Judul	: Waktu tunggu dilakukan pelayanan simulator
Dimensi mutu	: Kecepatan dan ketepatan (Kenyamanan)
Tujuan	: Agar terlaksananya pelayanan simulator dapat dilakukan dengan cepat dan akurat
Definisi operasional	: Waktu tunggu dilakukan pelayanan simulator adalah waktu yang dibutuhkan untuk menunggu sejak pasien datang (registrasi) sampai dilakukan pelayanan simulator
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah komulatif waktu tunggu setiap pasien yang dilakukan pelayanan simulator dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang di survei pada bulan tersebut (n minimal 50)
Sumber data	: Survei
Standar	: ≤ 1 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi radiologi

6. Waktu tunggu mendapatkan pelayanan penyinaran Co60

Judul	: Waktu tunggu mendapatkan pelayanan penyinaran Co60
Dimensi mutu	: Kecepatan dan ketepatan diagnosa (kenyamanan)
Tujuan	: Agar pelayanan penyinaran dapat di terima pasien secepatnya
Definisi operasional	: Waktu tunggu mendapatkan pelayanan Penyinaran Co60 adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk menunggu sejak mendaftar sampai waktu pelaksanaan penyinaran sesuai yang di jadwalkan
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 2 (dua) Bulan
Numerator	: Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan penyinaran Co60 dari pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan tersebut
Sumber data	: Survei dan rekam medik
Standar	: ≤ 30 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi radiologi

7. Waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60

Judul	: Waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60
Dimensi mutu	: Kecepatan dan ketepatan diagnosa (kenyamanan)
Tujuan	: Agar pelaksanaan penyinaran dapat dilakukan dengan cepat dan akurat
Definisi operasional	: Waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60 adalah waktu yang dibutuhkan untuk menunggu sejak pasien datang (registrasi sesuai jadwal) sampai dilakukan penyinaran
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 1 (satu) Bulan
Numerator	: Jumlah komulatif waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60 dari pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber data	: Survei dan rekam medik
Standar	: ≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi radiologi

N. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai dengan yang direncanakan
Definisi operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang didrop out dalam Setiap 3 (tiga) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Setiap 3 (tiga) Bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

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 kesalahan 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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Setiap 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi rehabilitasi medik

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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi rehabilitasi medik

PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	:	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

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 rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 20\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian Diet

Judul	: Tidak adanya kesalahan dalam pemberian Diet
Dimensi mutu	: Keamanan efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kesalahan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	: Tidak adanya kesalahan dalam pemberian Diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah pemberian makanan yang di survei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	: Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	: Registrasi permintaan makanan pasien
Standar	: 95 %
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jumlah permintaan makan yang terlayani

Judul	: Jumlah permintaan makan yang terlayani
Dimensi mutu	: Ketepatan pemberian
Tujuan	: Agar permintaan makan pasien dapat terlayani
Definisi operasional	: Jumlah permintaan makan yang terlayani adalah jumlah permintaan makan pasien ke instalasi gizi yang dapat dilayani pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah permintaan makan pasien yang terlayani pada periode waktu tertentu
Denominator	: Jumlah seluruh permintaan yang masuk pada periode waktu tertentu
Sumber data	: Registrasi permintaan makan pasien
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

5. Jumlah Konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani

Judul	: Jumlah Konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani
Dimensi mutu	: Kesinambungan pelayanan
Tujuan	: Agar konsultasi gizi rawat jalan dapat terlayani
Definisi operasional	: Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah permintaan konsultasi gizi dirawat jalan yang dilayani pada periode waktu tertentu
Denominator	: Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat jalan pada periode waktu tertentu
Sumber data	: Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat jalan
Standar	: $\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala instalasi Gizi

6. Jumlah Konsultasi gizi rawat inap yang terlayani

Judul	:	Jumlah Konsultasi gizi rawat inap yang terlayani
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Agar konsultasi gizi rawat inap dapat terlayani
Definisi operasional	:	Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi dirawat inap yang dilayani pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu
Sumber data	:	Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat inap
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi Gizi

D. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menangani kerusakan alat

Judul	:	Kecepatan waktu menangani kerusakan alat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu menangani kerusakan alat 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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

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	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Register pemeliharaan alat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

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 alat laboratorium (dan alat ukur yang lain)
Definisi operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 (satu) Tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang dikalibrasi tepat waktu dalam Setiap 1 (satu) Tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang perlu dikalibrasi dalam Setiap 1 (satu) Tahun
Sumber data	:	Buku Registrasi
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Q. PELAYANAN PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Periksa laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium cito. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu sample diterima oleh petugas laboratorium cito hingga pemeriksaan selesai dikerjakan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 120 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	:	Pelaksanaan 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 patologi klinik 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	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Register diinstalasi Lab. Patologi klinik
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Patologi Klinik

Judul	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Patologi Klinik
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yg diperiksa laboratorium patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah seorang dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah yang diperiksa di patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik

4. Kepuasan pelanggan

Judul	: Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	: Kenyamanan
Tujuan	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan patologi klinik
Definisi operasional	: Kepuasan pelanggan adalah peryataan puan oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dan pasien yang di survey
Denominator	: Jumlah total pasien yang di survey (n=minimal 50)
Sumber data	: Survey
Standar	: Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik

R. PELAYANAN MIKROBIOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik

Judul	: Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik
Dimensi mutu	: Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik
Definisi operasional	: Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi anatomi dalam
Sumber data	: Survey
Standar	: Umum : 3 X24 jam darah maksimal 7 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobidlogi Klinik

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	: Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis mikrobiologi klinik 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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis mikrobiologi klinik dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik dalam
Sumber data	: Registrasi di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik
Standar	: Umum : 3 X24 jam darah maksimal 7 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobidlogi Klinik

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Mikrobiologi Klinik

Judul	: Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Mikrobiologi Klinik
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik
Definisi operasional	: Kesalahan penyerahan hasil laboratorium mikrobiologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium mikrobiologi klinik pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium mikrobiologi klinik dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium mikrobiologi klinik dalam 1 (satu) Bulan tersebut
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobidlogi Klinik

S. PELAYANAN PATOLOGI ANATOMI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi anatomi

Judul	: Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi anatomi
Dimensi mutu	: Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	: Pemeriksaan laboratorium, yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium patologi anatomi. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	: Survey
Standar	: Histopatologi rutin : 4 X 24 jam, Sitologi rutin : 2 X 24 jam, Biopsi jarum 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

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	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi anatomi 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	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi anatomi dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi anatomi dalam
Sumber data	Survey
Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

3. Tidak adanya kesalahan penyerahart hasil pemeriksaan lab Patologi Anatomi

Judul	: Tidak adanya kesalahan penyerahart hasil pemeriksaan lab Patologi Anatomi
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Tergamharnya ketelitian pelayanan laboratorium Patologi Anatomi
Definisi operasional	: Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi anatomi adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi anatomi dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium Patologi Anatomi dalam 1 (satu) Bulan tersebut
Sumber data	: Rekam Medik
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

T. PELAYANAN PARASITOLOGI DAN MIKOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

Judul	: Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik
Dimensi mutu	: Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik
Definisi operasional	: Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboartorium Parasitologi dan Mikologi Klinik Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboartorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 6 (enam) Bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	: Survei
Standar	: ≤ 120 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

2. Pelaksanaan 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	: Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis Parasitologi dan Mikologi Klinik 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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi dan Mikologi Klinik dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik dalam s-atu bulan
Sumber data	: Registrasi di Instalasi-laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

Judul	: Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik
Dimensi mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik
Definisi operasional	: Kesalahan penyerahan hasil laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	: Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	: Tumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	: Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium parasitologi dan Mikologi klinik dalam 1 (satu) Bulan tersebut
Sumber data	: Rekam medik
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	: Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

U. PELAYANAN BANK DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan
Tujuan	:	Agar pasien mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhannya
Definisi operasional	:	Kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam memenuhi permintaan kebutuhan darah
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

V. PELAYANAN SANITASI

1. Baku mutu limbah cair

Judul	:	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	:	Baku mutu adalah standard minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditoleris 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 i DH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit ygng sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah sejuruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil Pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Sanitasi

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	:	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit/dan atau dapat mencederai, antara lain : Sisa jarum suntik, Sisa ampul, Kasa bekas dan Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya yang harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil Pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Sanitasi

W. PELAYANAN AMBULANCE / KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah

Judul	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulace/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah had dalam bulan tersebut
Sumber data	:	IGD
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Urusan Kendaraan

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulence / kereta jenazah di rumah sakit

Judul	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Kenyamanan Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/ keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance / kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam Setiap 1 (satu) Bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance kereta jenazah dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulance kereta jenazah
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Urusan Kendaraan

X. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFENSI

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 tugas PPI RS
Definisi operasional	:	Adalah anggota Tim PPI RS yang mengikuti pendidikan dan pelatihan Dasar dan lanjutan PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) Bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 (satu) Bulan
Numerator	:	Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance kereta jenazah dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	75 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Ketua Komite PPI RS

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Judul	: Ketersediaan Alat Pelindung Diri
Dimensi mutu	: Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	: Tersedianya APD di setiap instalasi RS
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	: Setiap 1 (satu) Bulan
Numerator	: jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	: Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	: Survei
Standar	: 60 %
Penanggung jawab pengumpulan data	: Tim PPI RS

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di rumah sakit

Judul	: 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 resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/ infeksi luka operasi, ILI/ infeksi luka infuse, VAP/ ventilator associated pneumonia
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap hari
Periode analisis	: Setiap 1 (satu) Bulan
Numerator	: Jumlah instansi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	: Jumlah instalasi tersedia
Sumber data	: Survei
Standar	: 75 %
Penanggung jawab pengumpulan data	: Tim PPI RS

TCL	UNIT KERJA	PARAF
	Sekret	<i>f</i>
	Asisten III	<i>b</i>
	Hb. Organisasi	<i>b</i>
	Dir. Kepu. Agensi	<i>b</i>
	Hb. Hukum	<i>b</i>
	Ksb. pru	<i>b</i>

BUPATI SITUBONDO,

DADANG WIGIARTO