



BUPATI TEMANGGUNG

PERATURAN BUPATI TEMANGGUNG
NOMOR 26 TAHUN 2011

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TEMANGGUNG,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal, perlu disusun Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
6. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
7. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

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 Republik Indonesia Nomor 4438);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, 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 Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. 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);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
15. 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);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten / Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
17. 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);
18. Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2008, tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Temanggung (Lembaran Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2008 Nomor 6);
19. Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2008, tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung (Lembaran Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2008 Nomor 17);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 13 Tahun 2009, tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung (Lembaran Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2009 Nomor 13);
21. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;

22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
25. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 159b/Menkes/SK/ Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
27. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 228/Menkes/SK/ /III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
28. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Temanggung.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Temanggung.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
4. Bupati adalah Bupati Temanggung.
5. Sekretaris Daerah yang selanjutnya disebut SEKDA adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Temanggung.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung yang selanjutnya disebut RSUD adalah Lembaga Tekhnis Daerah yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
7. Direktur adalah Direktur RSUD.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan RSUD Kabupaten Temanggung Kepada Masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.

10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
11. 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 penyelenggaraannya sesuai dengan standart dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
12. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan dan kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar *World Health Organization*.
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
14. 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.
15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
16. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi Pengumpulan Data adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
18. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
19. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bias dicapai.
22. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II

RUANG LINGKUP, MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Ruang lingkup pencapaian SPM, meliputi :
 - a. batas waktu pencapaian SPM secara Nasional dan Jangka Waktu Pencapaian SPM di Daerah;
 - b. pengintegrasian rencana pencapaian SPM dalam dokumen perencanaan dan penganggaran;
 - c. mekanisme pembelanjaan penerapan SPM; dan
 - d. sistem penyampaian informasi rencana dan realisasi pencapaian target tahunan SPM kepada masyarakat.

- (2) Rencana Pencapaian SPM dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (3) Rencana Pencapaian SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III

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

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan Pasal 3

RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), Pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.

Jenis Pelayanan RSUD meliputi :

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat Jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Pelayanan Bedah Sentral;
- e. Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB;
- f. Pelayanan Intensif;
- g. Pelayanan Radiologi;
- h. Pelayanan Laboratorium;
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
- j. Pelayanan Farmasi;
- k. Pelayanan Gizi;
- l. Pelayanan Bank Darah;
- m. Pelayanan Pasien Miskin;
- n. Pelayanan Rekam Medik;
- o. Pengelolaan Limbah;
- p. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
- q. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah;
- r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
- t. Pelayanan Laundry; dan
- u. Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI).

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

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana dimaksud, tercantum dalam lampiran I dan II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Rencana Pencapaian SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Rencana Pencapaian SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan Pelayanan yang sesuai dengan Rencana Pencapaian SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Rencana Pencapaian SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Rencana Pencapaian SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Rencana Pencapaian SPM.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pasal 7

Pembinaan

- (1) Pembinaan RSUD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.

- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan Rencana Pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja Rencana Pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja Rencana Pencapaian SPM.

Bagian Kedua
Pengawasan
Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur.

Pasal 9

- (1) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9, dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) adalah organisasi yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9, dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam RBA RSUD.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Pada saat Peraturan ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Temanggung Nomor 43 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal (Berita Daerah Kabupaten Temanggung tahun 2009 Nomor 43) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 13

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Temanggung
pada tanggal 26 Mei 2011

BUPATI TEMANGGUNG,



HASYIM AFANDI

SEKDA	LS
ASISTEN I / (II) / III	A
KABAG HUKUM	f

Diundangkan di Temanggung
pada tanggal ~~26 Mei 2011~~

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG



BAMBANG AROCHMAN

BERITA DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG TAHUN 2011 NOMOR 26

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI TEMANGGUNG

NOMOR : 26 / TAHUN '2011

TANGGAL : 26 Mei '2011

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	2 tahun
		Pemberi pelayanan kega-wat daruratan yang berserti-fikat yang masih berlaku (BPS/ PPGD/ GELS/ ALS)	100 %	2 tahun
		Ketersediaan tim penanggulan bencana	1 tim	2 tahun
		Waktu tanggap pelayanan Dokter Gawat Darurat	≤ 5 menit	2 tahun
		Kepuasan pelanggan pada Gawat darurat	≥ 70 %	2 tahun
		Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2 ‰	2 tahun
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	2 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % dr spesialis	2 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a) klinik anak b) klinik penyakit dalam c) klinik kebidan-an d) klinik bedah	2 tahun
		Jam buka pelayanan rawat jalan	08.00 s/d 13.00 setiap hr kerja, kecuali jum"at 08.00 s/d 11.00	2 tahun
		Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	2 tahun
		Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan	≥ 90%	2 tahun

1	2	3	4	5
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	$\geq 60\%$	2 tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	$\geq 60\%$	2 tahun
3	Pelayanan rawat Inap	Pemberi pelayanan di rawat inap	a. dr spesialis b. Perawat min penddkn D3	2 tahun
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	2 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat inap	a) anak b) penyakit da-lam c) kebidanan d) bedah	2 tahun
		Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hr krj	2 tahun
		Kejadian infeksi paska operasi	$\leq 1,5 \%$	2 tahun
		Angka kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1,5 \%$	2 tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100 %	2 tahun
		Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24 \%$	2 tahun
		Kejadian pulang paksa	$\leq 5 \%$	2 tahun
		Kepuasan pelanggan rawat inap	$\geq 90 \%$	2 tahun
		Rawat Inap TB : Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	$\geq 60\%$	2 tahun
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	$\geq 60\%$	2 tahun
4	Pelayanan Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	2 tahun
		Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1 \%$	2 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	2 tahun

1	2	3	4	5
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	2 tahun
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi & salah penempatan ET	$\leq 6 \%$	2 tahun
5	Pelayanan Persalinan, Perinatologi & KB	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklamsi $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$	2 tahun
		Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	a. Dokter SpOG b. dr umum terlatih (APN) c. Bidan	2 tahun
		Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yg terlatih	2 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter SpOG b. Dokter SpA c. Dokter SpAn	2 tahun
		Kemampuan menangani BBLR (1500 g – 2500 g)	100 %	2 tahun
		Pertolongan persalinan mel SC	$\leq 20 \%$	2 tahun
		Pelayanan KB mantap	100 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2 tahun
6	Pelayanan Perawatan Intensif	Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus sama < 72 jam	$\leq 3 \%$	2 tahun
		Pemberi pelayanan unit intensif	a. Dokter Sp An & dokter sp sesuai dg kasus yg ditangani b. 100% perawat min D3 dgn sertivikt mahir ICU/str D4	2 tahun
7	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	2 tahun
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad.	2 tahun

1	2	3	4	5
		Kejadian kegagalan pelayan rontgen, kerusakan foto	$\leq 2 \%$	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2 tahun
8	Pelayanan Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium,	≤ 140 menit ,kimia darah & darah rutin	2 tahun
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK.	2 tahun
		Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2 tahun
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	$\leq 50 \%$	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakn rehab medik	Dokter Sp PK	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2 tahun
10	Pelayanan Farmasi	Waktu tunggu pelayanan - resep obat jadi - resep obat racikan	≤ 30 menit ≤ 60 menit	2 tahun 2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2 tahun
		Penulisan resep sesuai formularium	100 %	2 tahun
11	Pelayanan Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90 \%$	2 tahun
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20 \%$	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	2 tahun
		Jumlah permintaan mkn yg terlayani	100 %	2 tahun
		Jumlah konst gizi rawat jalan yg terlayani	$\geq 90 \%$	2 tahun
		Jumlah konst gizi rawat inap yg terlayani	$\geq 90 \%$	2 tahun

1	2	3	4	5
12	Pelayanan Bank Darah	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	2 tahun
		Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01$ %	2 tahun
13	Pelayanan pasien miskin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	2 tahun
14	Pelayanan Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	2 tahun
		Kelengkapan Informed Consent setelah mendapat informasi yang jelas	100 %	2 tahun
		Waktu penyediaan doku-men rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	2 tahun
		Waktu penyediaan doku-men rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	2 tahun
15	Pengelolaan Limbah	Baku mutu limbah cair : BOD COD TSS pH	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l 6 - 9	2 tahun 2 tahun 2 tahun 2 tahun
		Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dgn aturan	100 %	2 tahun
16	Administrasi dan manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	2 tahun
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	2 tahun
		Ketepatan waktu pengusul-an kenaikan pangkat	100 %	2 tahun
		Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	2 tahun
		Karyawan yg mendapat pelatihan min 20 jam sethn	≥ 60 %	2 tahun
		Cost recovery meningkat	≥ 40 %	2 tahun
		Kecepatan waktu pemberi-an informasi tentang tagih-an pasien rawat inap	≤ 2 jam	2 tahun
		Ketepatan waktu pemberi-an imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	2 tahun

1	2	3	4	5
17	Pelayanan Ambulance/ Kereta jenazah	Waktu pelayanan ambulans/ kereta jenazah	24 jam	2 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah	≤ 30 menit	2 tahun
18	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	2 tahun
		Penyelesaian VeR luar sama atau kurang dari 7 hari	≥ 95 %	2 tahun
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %	2 tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	2 tahun
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu	100 %	2 tahun
20	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	2 tahun
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	2 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
21	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Terlatih 75%	2 tahun
		Tersedia APD disetiap instalasi	60 %	2 tahun
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health care associated infection) di RS	75%	2 tahun

SEKDA	
ASISTEN I / II / III	
KABAG HUKUM	

BUPATI TEMANGGUNG,


HASYIM AFANDI

7. PELAYANAN RADIOLOGI

a. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan 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 di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspedisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	:	Pelaksana 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	:	Pelaksana 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 meminta
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

c. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register radiology
Standar	:	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

d. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 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	:	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

8. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium klinik

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 140 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

b. 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 penanggungjawab laboratorium/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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi klinik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Lab. Patologi Klinik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

c. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang diperiksa di lab patologi klinik dalam satu bulan tersebut
<i>Sumber data</i>	:	Rekam medis
<i>Standar</i>	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

d. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
<i>Sumber data</i>	:	Survey
<i>Standar</i>	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

9. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

e. 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 yang direncanakan
Definisi operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak tersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 50\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	:	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

c. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data		Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

10. PELAYANAN FARMASI

a.1. 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 menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

a.2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	:	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien 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	:	Kepala Instalasi Farmasi

c. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

d. Penulisan resep sesuai formalium

Judul	:	Penulisan resep sesuai formalium
Dimensi mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	:	Formalium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

11. PELAYANAN GIZI

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan efisien
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 rumahsakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
<i>Standar</i>	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

d. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 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	:	Kepala Instalasi Gizi

e. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi di rawat 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	:	Kepala Instalasi Gizi

f. 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 inap yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi di rawat 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	:	Kepala Instalasi Gizi

12. Pelayanan Bank Darah

a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

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

b. Kejadian reaksi transfusi

Judul	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen risiko pada pelayanan bank darah rumah sakit
Definisi operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 0,01 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi BDRS

13. PELAYANAN PASIEN MISKIN

Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan

Judul	:	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	:	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu JAMKESMAS
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	:	Register pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Direktur Rumah Sakit

14. PELAYANAN REKAM MEDIK

a. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

b. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	:	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Instalasi Rekam Medik

c. 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 rawat jalan.
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	:	≤ 10 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

d. 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	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	:	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	≤ 15 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

15. PENGELOLAAN LIMBAH

a. 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 ditolerir dan diukur dengan indikator: BOD (Biological Oxygen Demand): 30 mg/lt COD (Chemical Oxygen Demand): 80 mg/lt TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/lt pH : 6 – 9
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Seksi Penunjang Non Medik

b. 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 mencederaikan, antara lain: <ol style="list-style-type: none">1. Sisa jarum suntik2. Sisa ampul3. Kasa bekas4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Seksi Penunjang Non Medik

16. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

a. 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	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Direktur Rumah Sakit

b. 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	:	<p>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 periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah.</p> <p>Laporan indikator kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	:	Kabag Tata Usaha
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Direktur

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan 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	:	Subag Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Kenaikan gaji berkala secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974; UU No. 43/1999).
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
Sumber data	:	Subag Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi 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 seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Subag Perencanaan, Pendidikan dan Pelatihan
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

f. Cost recovery

Judul	:	<i>Cost recovery</i>
Dimensi mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Subagian Keuangan
Standar	:	$\geq 40\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Subagian Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Subag Keuangan

h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

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

i. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
<i>Denominator</i>	:	6
<i>Sumber data</i>	:	Subagian Keuangan
<i>Standar</i>	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Tata Usaha

18. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

a. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
<i>Standar</i>	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

b. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian VeR
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

c. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 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	:	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

19. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

b. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yg seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data		Register pemeliharaan alat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

c. 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	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data		Buku registrasi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

20. PELAYANAN LAUNDRY

a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang sebenarnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laundry

b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laundry

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

a. 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 telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI RS
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	75 %
Penanggung jawab	:	Ketua Komite PPI RS

b. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Judul	:	Tersedianya alat pelindung diri (APD)
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, peugas 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	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	:	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	:	Survey
Standar	:	60 %
Penanggung jawab	:	Tim PPI Rumah Sakit

c. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di rumah sakit

Judul	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi noskomial di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/ infeksi luka operasi, ILI/ infeksi luka infus, VAP/ ventilator associated pneumonie, ISK/ infeksi saluran kemih)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	:	Survei
Standar	:	75 %
Penanggung jawab	:	Tim PPI RS

SEKDA	RS
ASISTEN I / II / III	
KABAG HUKUM	f

BUPATI TEMANGGUNG,

HASYIM AFANDI

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI TEMANGGUNG
NOMOR : 26 TAHUN '2011
TANGGAL : 26 MEI '2011

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat

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

b. Jam buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di setiap rumah sakit
Definisi operasional	:	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Laporan bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/ PPGD/ GELS/ ALS

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/ PPGD/ GELS/ ALS
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawat darurat
Definisi operasional	:	Tenaga kompeten di gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat BLS/ PPGD/ GELS/ ALS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber Data	:	Subag Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kasubag Perencanaan, Pendidikan dan Penelitian

d. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	:	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
Definisi operasional	:	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
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 pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim Mutu

e. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

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

f. Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat

Judul	:	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
Definisi operasional	:	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam setelah pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiga bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	\leq 2 per seribu
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

g. 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	:	Tiga bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga 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 <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klini spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi rawat jalan

b. 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 data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada kualitatif
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan

c. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
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. Jam buka 08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

d. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	:	Survei pasien rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Tim Mutu

e. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim mutu

f. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standard penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	:	Register Rawat Jalan, register TB 03 UPK
Standar	:	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

g. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	60 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. 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	:	6 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	Dokter spesialis, perawat min pendidikan D3
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

c. 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	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

d. Jam visite dokter spesialis

Judul	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Survey
<i>Standar</i>	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim Mutu

e. Kejadian infeksi paska operasi

Judul	:	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi
Definisi operasional	:	Infeksi paska operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab	:	Ketua Komite Medik/ Komite Mutu

f. 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, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Medik/ Komite Mutu

g. 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 atau kematian
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

h. Kematian pasien > 48 jam

Judul	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
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 di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	< 0,24 %
Penanggung jawab	:	Ketua Komite Mutu

i. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

j. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	:	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survey (n minimal = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab	:	Ketua Komite Mutu

k. 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	:	Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Rawat Inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	:	Register Rawat Inap, register TB 03 UPK
Standar	:	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

I. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	60 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

m. 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	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

a. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	:	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	:	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≤ 2 hari
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

b. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	:	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang tidak diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 1\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medik

c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medik

e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang ditetapkan
Definisi operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medik

f. 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	:	Tergambarkannya 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	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medik

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

Judul	:	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan.
Definisi operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> .
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medic
Standar	:	$\leq 6\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medik

5. PELAYANAN PERSALINAN, PERINATOLOGI DAN KB

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklamp-sia, partus lama, dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg• Protein urea > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif• Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing2 penyebab)
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	Pendarahan \leq 1 %, pre-eklampsia \leq 30%, Sepsis \leq 0,2 %, Partus lama \leq 20%,
Penanggung jawab	:	Komite Medik

b. 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	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	Dokter Sp Og, Dokter umum terlatih (APN)
Penanggung jawab pengumpul data	:	Komite Medik

c. 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	:	<p>Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih.</p> <p>Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 g, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menumbung</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis dan dokter umum
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit .
Sumber data	:	Kepegawaian dan rekam medik
Standar	:	Tersedia Tim PONEK yg terlatih
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi rawat Inap

d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	:	Kompetensi tehnik
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Kepegawaian
<i>Standar</i>	:	100 %
Penanggung jawab	:	Komite Mutu

e. Kemampuan menangani BBLR 1500 g – 2500 g

Judul	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 g – 2500 g
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 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	:	Komite Medik/ Komite Mutu

f. 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 sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
<i>Standar</i>	:	$\leq 20\%$
Penanggung jawab	:	Komite Mutu

h. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab	:	Ketua Komite Mutu

6. PELAYANAN PERAWATAN INTENSIF

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

Judul	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	:	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 3 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif

b. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	:	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif