



SALINAN

GUBERNUR GORONTALO

PERATURAN GUBERNUR GORONTALO NOMOR 25 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HASRI AINUN HABIBIE

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR GORONTALO,

- Menimbang** : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- b. bahwa untuk meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit perlu adanya Standar Pelayanan Minimal yang wajib dimiliki oleh Rumah Sakit dan digunakan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Gubernur Gorontalo tentang Pedoman Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Hasri Ainun Habibie;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2000 tentang Pembentukan Provinsi Gorontalo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 258, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4060);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. 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 4585);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 02, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HASRI AINUN HABIBIE.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Gorontalo.
2. Kepala Daerah adalah Gubernur Gorontalo.
3. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah dr. Hasri Ainun Habibie yang berlokasi di wilayah administrasi Provinsi Gorontalo.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah dr. Hasri Ainun Habibie Provinsi Gorontalo kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat.
7. Mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjukkan 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 standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

8. Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Standar Pelayanan Minimal adalah untuk memberikan panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit.
- (2) Tujuan ditetapkan SPM adalah untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB III

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD dr. Hasri Ainun Habibie mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), promosi (promotif), upaya rujukan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis pelayanan untuk RSUD dr. Hasri Ainun Habibie meliputi :
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah;
 - m. pelayanan keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medik;
 - o. pelayanan pengolahan limbah;
 - p. pelayanan administrasi manajemen;
 - q. pelayanan ambulance / kereta jenazah;

- r. pelayanan pemulasaran jenazah;
- s. pelayanan laundry;
- t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Kedua

Indikator , Standar, Uraian Standar Pelayanan Minimal dan Tahapan Waktu Pencapaian

Pasal 4

Indikator, Standar, Uraian SPM dan Tahapan Waktu Pencapaian tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak dipisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD dr. Hasri Ainun Habibie wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar pelayanan Minimal sesuai dengan Peraturan Gubernur ini.
- (2) Direktur atau pimpinan RSUD dr. Hasri Ainun Habibie bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Gubernur ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur selaku pimpinan RSUD dr. Hasri Ainun Habibie menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, Target serta Upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpin berdasarkan Standar pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD dr. Hasri Ainun Habibie menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, Target serta Upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpin berdasarkan Standar pelayanan Minimal.

- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD dr. Hasri Ainun Habibie dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah;
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang meliputi :
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai standar pelayanan minimal;
 - b. penyusunan rencana pencapaian, standar pelayanan minimal dan penetapan tahapan pencapaian standar pelayanan minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian standar pelayanan minimal; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja standar pelayanan minimal.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktorat RSUD dr. Hasri Ainun Habibie.

Pasal 9

- (1) Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD dr. Hasri Ainun Habibie menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar pelayanan Minimal.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD dr. Hasri Ainun Habibie 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.

- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelola RSUD dr. Hasri Ainun Habibie.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 7, pasal 8, pasal 9 dan pasal 10 dibebankan pada DPA SKPD Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo UPTD RSUD dr. Hasri Ainun Habibie yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran RSUD dr. Hasri Ainun Habibie.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Pertauran Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Gorontalo.

Ditetapkan di Gorontalo
Pada tanggal 3 April 2018

GOVERNUR GORONTALO
TTD
RUSLI HABIBIE

Diundangkan di Gorontalo
pada tanggal 3 April 2018

PLH.SEKRETARIS DAERAH PROVINSI GORONTALO
TTD
WENI LIPUTO

BERITA DAERAH PROVINSI GORONTALO TAHUN 2018 NOMOR 25

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Setda Provinsi Gorontalo,



Mohamad Irizal Entengo, S.H., M.H.
Pembina Utama Muda (VI/c)
NIP. 19700115 199803 1 011

LAMPIRAN KEPUTUSAN GUBERNUR GORONTALO

NOMOR : 25 TAHUN 2018

TANGGAL : 3 April 2018

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. HASRI AINUN HABIBIE PROVINSI GORONTALO

1. Instalasi Gawat Darurat

1	Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
c.	Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
h.	Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
2	Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Keterjangkauan
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Laporan Bulanan
i.	Standar	24 Jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
3	Judul	Pemberian pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD, yang masih berlaku.
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
c.	Definisi Operasional	Pelayanan kepada pasien di gawat darurat oleh SDM baik perawat maupun dokter yang memiliki kompetensi yang dibuktikan oleh kepemilikan sertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah perawat dan dokter yang memiliki sertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku.
g.	Denominator	Jumlah seluruh perawat dan dokter IGD
h.	Sumber Data	Kepegawaian
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Pendidikan dan pelatihan rumah sakit
4	Judul	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
b.	Tujuan	Kesiagaan rumahsakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana

c.	Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumahsakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
g.	Denominator	Tidak ada
h.	Sumber Data	Instalasi gawat darurat
i.	Standar	Satu tim
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
5	Judul	Waktu tanggap dokter digawat darurat
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Keefektifan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
c.	Definisi Operasional	Adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien di sampling secara acak sampai pasien dilayani dokter
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n=50).
h.	Sumber Data	sampel.
i.	Standar	≤5 menit pasien terlayani setelah pasien datang
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu
6	Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
c.	Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n=50)
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≥ 70 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim Mutu/ Tim Survey Kepuasan
7	Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
c.	Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang .
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang

g.	Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	≤2 perseribu
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
8	Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
a.	Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
c.	Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
g.	Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Instalasi Rawat Jalan

1	Judul	Dokter Pemberi Pelayanan di klinik spesialis
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
c.	Definisi Operasional	Pemeriksaan kepada pasien yang datang ke Poliklinik spesialis oleh dokter spesialis
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah Pemeriksaan pasien di Poliklinik Spesialis yang diperiksa oleh dokter spesialis
g.	Denominator	Jumlah pemeriksaan pasien di Poliklinik Spesialis
h.	Sumber Data	Berkas Rekam Medik
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
2	Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
g.	Denominator	Tidak ada
h.	Sumber Data	Register rawat jalan
i.	Standar	Minimal 4 jenis pelayanan
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3	Judul	Jam Buka pelayanan sesuai ketentuan
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register rawat jalan
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
4	Judul	Waktu tunggu pelayanan Rawat Jalan
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.
c.	Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai mendapat pelayanan petugas poliklinik
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien di rawat jalan
h.	Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
i.	Standar	≤ 60 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite mutu/ tim mutu
5	Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
c.	Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≥ 90 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ tim mutu/ panitia mutu.
6	Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan.
b.	Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.
c.	Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

f.	Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan.
g.	Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dalam 3 bulan.
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	≥ 60%.
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.
7	Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan.
g.	Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	≥60%.
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Instalasi Rawat Inap

-1	Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
e.	Periode Analisa	6 bulan
f.	Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
h.	Sumber Data	Kepegawaian
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap
2	Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
c.	Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3	Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
g.	Denominator	Tidak ada
h.	Sumber Data	Register rawat inap
i.	Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah.
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap
4	Judul	Jam visite dokter spesialis
a.	Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
c.	Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
g.	Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
5	Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
c.	Definisi Operasional	infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dan ditandai oleh rasa panas (kolor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap bulan
f.	Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤1,5 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik/ Komite mutu
6	Judul	Kejadian infeksi nosokomial
a.	Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan
b.	Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
c.	Definisi Operasional	Kejadian timbulnya infeksi tambahan yang terjadi selama mendapatkan perawatan di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie yang ditandai dengan gejala-gejala infeksi.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan

f.	Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial baik yang dilaporkan maupun yang tidak dilaporkan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap
h.	Sumber Data	Berkas rekam medik, laporan harian Inok
i.	Standar	< 1,5%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat inap/ komite medik/ panitia mutu
7	Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
c.	Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
g.	Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap
8	Judul	Kematian pasien > 48 jam
a.	Dimensi Mutu	keselamatan dan efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie yang aman dan efektif
c.	Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤0,24 % ≤2,4/1000 (international) (NDR ≤25/1000, Indonesia)
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik / Tim Mutu
9	Judul	Kejadian pulang paksa
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤5 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / tim mutu

10	Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥90 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu/ tim mutu
11	Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
b.	Tujuan	Terlaksananya diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
c.	Definisi Operasional	Penegakan diagnosa TB pasti melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah penegakan diagnosa TB pasti melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
g.	Denominator	Jumlah penegakan diagnosa TB dalam 3 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≥ 60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap
11	Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas
b.	Tujuan	Tersedianya pencatatan dan pelaporan TB RS
c.	Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
g.	Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≥ 60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Instalasi Bedah Sentral

1	Judul	Waktu tunggu operasi elektif
a.	Dimensi Mutu	Keefektifan, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
c.	Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien operasi elektif
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	≤ 2 hari

j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral
2	Judul	Kejadian kematian di meja operasi
a.	Dimensi Mutu	keselamatan, efektifitas
b.	Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
c.	Definisi Operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
e.	Periode Analisa	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
f.	Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	$\leq 1 \%$
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medis
3	Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
c.	Definisi Operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
e.	Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
f.	Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	$\leq 100 \%$
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medis
4	Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
c.	Definisi Operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
e.	Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
f.	Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	$\leq 100 \%$
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medis
5	Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan

c.	Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
f.	Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	≤ 100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medis
-6	Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
b.	Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
c.	Definisi Operasional	Kejadian dimana terdapat kesenjangan jumlah benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi sebelum dan sesudah operasi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan jalannya operasi
i.	Standar	≤100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medis
7	Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
c.	Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> .
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
f.	Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤ 6 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medis

5. Kamar Bersalin

1	Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie terhadap pelayanan kasus.

c.	Definisi Operasional	Kematian ibu mencakup perdarahan, pre eklampsia, sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg. - Protein uria 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif. - Oedema tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
g.	Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
h.	Sumber Data	Berkas Rekam Medik
i.	Standar	Perdarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia ≤ 30 %, Sepsis $\leq 0,2$ %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite medik/Komite Keperawatan
2	Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
a.	Dimensi mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
h.	Sumber data	Kepegawaian
i.	Standar	100%
j.	Penanggung jawab	Komite mutu
3	Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
a.	Dimensi mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, tali pusat menubung, IUFD.
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
g.	Denominator	Tidak ada

i.	Standar	Tersedia
j.	Penanggung jawab	Komite mutu
4	Judul	Pemberi pelayanan Gynecology dengan tindakan operasi
a.	Dimensi mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
h.	Sumber data	Kepegawaian
i.	Standar	100%
j.	Penanggung jawab	Komite mutu
5	Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
a.	Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dalam menangani BBLR
c.	Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
g.	Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
h.	Sumber data	Rekam medik
i.	Standar	100%
j.	Penanggung jawab	Tim PONEK
6	Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie yang sesuai dengan indikasi dan efisien
c.	Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤ 20 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kabid pelayanan medis
7	Judul	Keluarga berencana
a.	Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
b.	Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
c.	Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
g.	Denominator	Jumlah peserta KB

h.	Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
i.	Standar	100%
j.	Penanggung jawab	Wadir pelayanan

8	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥ 80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite mutu/ tim mutu

6. Instalasi Rawat Intensif (ICU)

1	Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
c.	Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤ 3 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite mutu/ tim mutu
2	Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif tenaga yang kompeten
c.	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
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	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
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
h.	Sumber Data	Kepegawaian
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite medik/ mutu

7. Instalasi Radiologi

1	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan radiologi (thorax foto)
a.	Dimensi Mutu	Keefektifan, efisiensi, kesinambungan layanan
b.	Tujuan	Tergambarnya waktu yang diperlukan untuk pelayanan radiologi

c.	Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan mulai pasien melakukan registrasi di ruang radiologi sampai diserahkannya hasil radiologi lengkap
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien foto thorak dalam bulan itu
h.	Sumber Data	Rekam medis
i.	Standar	≤ 3 jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi
2	Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
b.	Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
c.	Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology 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.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register di instalasi radiologi
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

3	Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
c.	Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan roentgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Register radiologi
i.	Standar	≤ 2 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

4	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei

i.	Standar	≥80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite mutu/ tim mutu

8. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

1	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
c.	Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≤ 140 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium
2	Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
b.	Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
c.	Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium
3	Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya ketelitian pemeriksaan laboratorium
c.	Definisi Operasional	tingkat kebenaran hasil pemeriksaan laboratorium dibandingkan dengan kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium yang salah
g.	Denominator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan laboratorium
h.	Sumber Data	Register laboratorium
i.	Standar	100%

j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium
4	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium.

9. Instalasi Rehabilitasi Medik

1	Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
a.	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
c.	Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	6 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medis
i.	Standar	≤ 50 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
2	Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
c.	Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik 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
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥ 80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi .

10. Instalasi Farmasi

1	Judul	Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi < 1 jam
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
c.	Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi
g.	Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan farmasi
h.	Sumber Data	Resep yang dibubuhi jam datang dan jam penyerahan
i.	Standar	≤ 30 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi
2	Judul	Waktu tunggu pelayanan Obat Racikan
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
c.	Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan farmasi
h.	Sumber Data	Resep yang dibubuhi jam datang dan jam penyerahan
i.	Standar	≤ 60 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi
3	Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
c.	Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : - Salah dalam memberikan jenis obat - Salah dalam memberika dosis - Salah orang - Salah jumlah

d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi
4	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥ 80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi.
5	Judul	Penulisan resep sesuai formularium
a.	Dimensi Mutu	Efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
c.	Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

11. Instalasi Gizi

1	Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang terjadwal.
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
c.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan

g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≥90 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi / Ka Instalasi rawat inap
2	Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
b.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
c.	Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie)
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≤ 20 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi

3	Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
a.	Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
c.	Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
g.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi

12. Transfusi Darah

1	Judul	Terpenuhinya kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dalam menyediakan kebutuhan darah
c.	Definisi Operasional	Cukup jelas
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium / BDRS

2	Judul	Kejadian reaksi transfusi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
c.	Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	$\leq 0,01 \%$
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium / BDRS

13. Pelayanan GAKIN

1	Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie pada setiap unit pelayanan.
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie terhadap masyarakat miskin
c.	Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register pasien
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Rekam Medik

14. Instalasi Rekam Medik

1	Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
a.	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
c.	Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter lengkap dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
g.	Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Rekam Medik

2	Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
c.	Definisi Operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Rekam Medik

3	Judul	Kecepatan penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan dan IGD
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan dan IGD
c.	Definisi Operasional	Akumulasi waktu yang diperlukan mulai dari pasien melakukan pendaftaran rawat jalan dan IGD sampai dikirimkannya berkas rekam medik ke rawat jalan dan IGD
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah komulatif waktu penyediaan rekam medis sampel arawat jalan yang diamati
g.	Denominator	Jumlah seluruh berkas rekam medik yang diminta untuk rawat jalan dan IGD (n = Minimal 100)
h.	Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
i.	Standar	≤ 10 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Rekam Medik

4	Judul	Kecepatan penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan dan IGD
c.	Definisi Operasional	Akumulasi waktu yang diperlukan mulai dari pasien melakukan pendaftaran rawat inap sampai dikirimkannya berkas rekam medik ke rawat inap
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah komulatif waktu penyediaan rekam medis sampel arawat jalan yang diamati

g.	Denominator	Jumlah seluruh berkas rekam medik yang diminta untuk rawat inap (n = Minimal 100)
h.	Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
i.	Standar	≤ 15 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Rekam Medik

15. Pengelolaan Limbah

1	Judul	Baku Mutu Limbah Cair
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie terhadap keamanan limbah cair rumah sakit.
c.	Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) maks 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) maks 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) maks 30 mg/liter; PH : 6-9 Amoniak bebas maks 0,1 mg/l; Phospat maks 2 mg/l Suhu $u \pm 3$; MPN coli form / 100ml : 10.000
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie yang sesuai dengan baku mutu
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
h.	Sumber Data	hasil pemeriksaan
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPSRS / Tim Sanitasi RS

2	Judul	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederaikan, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai aturan dan pedoman yang berlaku
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
g.	Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
h.	Sumber Data	hasil pengamatan
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite PPI / K3 RS / Sanitasi RS

16. Administrasi dan Manajemen		
1	Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
c.	Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
g.	Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Notulen rapat
i.	Standar	100%
j.	Penanggung Jawab	Direktur Rumah sakit

2	Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
c.	Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
e.	Periode Analisa	satu tahun
f.	Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
g.	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
h.	Sumber Data	Bagian Kepegawaian
i.	Standar	100%
j.	Penanggung Jawab	Kabid Umum dan Kepegawaian
3	Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
c.	Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
e.	Periode Analisa	satu tahun
f.	Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
g.	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
h.	Sumber Data	Kepegawaian

i.	Standar	100%
j.	Penanggung Jawab	Kabid Umum dan Kepegawaian
4	Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
c.	Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan, yang waktu pemberian informasi tagihan ≤ 2 jam
g.	Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
h.	Sumber Data	hasil pengamatan
i.	Standar	80%
j.	Penanggung Jawab	Bagian keuangan

5	Judul	Cost recovery
a.	Dimensi Mutu	efisiensi, efektivitas
b.	Tujuan	tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Sub Bidang Keuangan
i.	Standar	$\geq 40\%$
j.	Penanggung Jawab	Kepala Bidang Keuangan

6	Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
c.	Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap 6 bulan
e.	Periode Analisa	tiap 6 bulan
f.	Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
g.	Denominator	6 bulan
h.	Sumber Data	Sub Bagian Perbendaharaan

i.	Standar	100%
j.	Penanggung Jawab	Kepala Bidang Keuangan
7	Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
c.	Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban 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 strategis bisnis rumahsakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
e.	Periode Analisa	1 tahun
f.	Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
g.	Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
h.	Sumber Data	Sub Bagian Penyusunan Program dan Pelaporan
i.	Standar	100%
j.	Penanggung Jawab	Kepala Bidang Perencanaan

8	Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
c.	Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiga bulan
e.	Periode Analisa	tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
g.	Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
h.	Sumber Data	Sub Bag Akuntansi Keuangan
i.	Standar	100%
j.	Penanggung Jawab	Kepala Bidang Keuangan

9	Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
a.	Dimensi Mutu	kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
c.	Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di RSUD ataupun di luar RSUD yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
e.	Periode Analisa	satu tahun

f.	Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
g.	Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
h.	Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian, Seksi Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Medis, Seksi Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Paramedis dan Non Medis.
i.	Standar	≥ 60 %
j.	Penanggung Jawab	Kasubid Kepegawaian / Tim Diklat

17. Ambulance/Kereta Jenazah

1	Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
c.	Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	Instalasi gawat darurat
i.	Standar	24 jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Koordinator Ambulance
2	Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
a.	Dimensi Mutu	kenyamanan, keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
c.	Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu penyediaan ambulance/kereta jenazah dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
h.	Sumber Data	catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Koordinator Ambulance

18. Instalasi Pemulasaran Jenazah

1	Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah

c.	Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
1	Numerator	Total pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan, dengan waktu yang dibutuhkan kurang dari 2 jam.
g.	Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
h.	Sumber Data	hasil pengamatan
i.	Standar	≤ 2 jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

19. Pelayanan Laundry

1	Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
c.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
g.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Washray
2	Judul	Kehilangan linen
a.	Dimensi Mutu	Efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya tingkat pemeliharaan linen yang efektif dan efisien
c.	Definisi Operasional	Adalah tidak sesuaianya jumlah linen antara yang terdapat dalam data inventaris dengan jumlah realitas linen
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah realitas linen
g.	Denominator	Jumlah linen yang terdapat dalam data inventaris
h.	Sumber Data	Buku Investaris
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi CSSD / Laundry

20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

1	Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam kerusakan alat
c.	Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan

f.	Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
i.	Standar	≥ 80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPSRS / Kepala IPPM
2	Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
c.	Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan /service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register pemeliharaan alat
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPSRS / Kepala IPPM
3	Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
c.	Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
e.	Periode Analisa	1 tahun
f.	Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
g.	Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
h.	Sumber Data	Buku registrasi
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPSRS / Kepala IPPM

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

1	Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
c.	Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
e.	Periode Analisa	Tiap 1 tahun
f.	Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
g.	Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
h.	Sumber Data	Kenegawaian

i.	Standar	75%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI
2	Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) di setiap Instalasi
a.	Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
b.	Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi pada RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, Tenaga Kesehatan, Pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
g.	Denominator	Jumlah instalasi di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI

3	Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
a.	Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
b.	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie
c.	Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RSUD Dr. Hasri Ainun Habibie Minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
g.	Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	75%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI

GUBERNUR GORONTALO
TTD
RUSLI HABIBIE