



BUPATI MAGELANG
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI MAGELANG
NOMOR 3 TAHUN 2026

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MERAH PUTIH
TAHUN 2025-2029

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MAGELANG,

- Menimbang : a. bahwa pelayanan kesehatan mendasarkan pada standar pelayanan minimal bertujuan untuk peningkatan derajat kesehatan Masyarakat di Kabupaten Magelang sebagai upaya untuk mewujudkan kesejahteraan umum sesuai dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. bahwa dalam rangka menjamin kepuasan dan keamanan pasien serta memastikan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan, dan kualitas layanan umum, pelayanan kesehatan pada rumah sakit harus menerapkan standar pelayanan minimal;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, standar pelayanan minimal yang memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah yang akan menerapkan Badan Layanan Umum Daerah diatur dengan Peraturan Bupati;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Merah Putih Tahun 2025-2029;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2757);

3. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. 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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2018 Nomor 1213);
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MERAH PUTIH TAHUN 2025-2029.**

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Magelang.

2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Magelang.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Merah Putih Kabupaten Magelang yang selanjutnya disingkat RSUD Merah Putih adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang berupa Unit Organisasi Bersifat Khusus.
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Merah Putih sekaligus sebagai Pemimpin BLUD.
7. Pembina Teknis adalah Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
8. Pembina Keuangan adalah Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
9. Pelayanan adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Merah Putih Kabupaten Magelang kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan pelayanan penunjang medis dan non medis, dan pelayanan administrasi.
10. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Merah Putih Kabupaten Magelang kepada masyarakat.
11. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD Merah Putih kepada masyarakat.
12. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar (*World Health Organization*).
13. Indikator Kinerja yang selanjutnya disebut Indikator 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.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari Indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap Indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap Indikator yang dikumpulkan.

18. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus Indikator.
19. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus Indikator.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Pasal 2

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

BAB II

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

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Merah Putih mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan upaya rujukan.
- (2) Jenis Pelayanan Minimal RSUD Merah Putih meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah;
 - m. pelayanan keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medik;
 - o. pengelolaan limbah;
 - p. pelayanan administrasi manajemen;
 - q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
 - r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - s. pelayanan laundry;
 - t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
 - u. pencegahan pengendalian infeksi.

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

Pasal 4

- (1) Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu dan Target Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Jenis Pelayanan Minimal RSUD Merah Putih sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian Standar Pelayanan Minimal tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Direktur RSUD Merah Putih bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Penyelenggaraan Pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV
PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Merah Putih menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja Pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Merah Putih menyiapkan bahan penyusunan rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana Pelayanan menyelenggarakan Pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB V
MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 7

- (1) Direktur melakukan monitoring atas penerapan Standar Pelayanan Minimal Jenis Pelayanan Minimal RSUD Merah Putih sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) yang dilaporkan unit kerja Pelayanan dan administrasi manajemen rumah sakit setiap bulan.

- (2) Hasil monitoring sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk melakukan evaluasi atas penerapan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Direktur melaporkan penerapan capaian Standar Pelayanan Minimal Jenis Pelayanan Minimal RSUD Merah Putih sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) kepada Kepala Dinas Kesehatan setiap triwulan.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 8

- (1) Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan penerapan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati dibantu Pembina Teknis, Pembina Keuangan, dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
- (4) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pengawasan non teknis, pemberian pendapat dan saran, pemantauan dan evaluasi serta pengawasan kepatuhan dalam penerapan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 9

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dibebankan pada belanja operasional RSUD Merah Putih yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran.

BAB VI KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Magelang Nomor 32 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Daerah Merah Putih Kabupaten Magelang (Berita Daerah Kabupaten Magelang Tahun 2020 Nomor 34) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kota Mungkid
pada tanggal 11 Februari 2026

BUPATI MAGELANG,

ttd

GRENGSENG PAMUJI

Diundangkan di Kota Mungkid
pada tanggal 11 Februari 2026

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MAGELANG,

ttd

ADI WARYANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2026 NOMOR 3

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



IDAM LAKSANA, S.H.,M.Hum.
Pembina Tingkat I
NIP. 196812281994031006

LAMPIRAN I
 PERATURAN BUPATI MAGELANG
 NOMOR 3 TAHUN 2026
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH MERAH PUTIH TAHUN 2025-2029

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, NILAI STANDAR DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MERAH PUTIH TAHUN 2025-2029

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani <i>Live Saving</i> di IGD	100%	satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	satu tahun	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD	100%	lima tahun	75%	80%	90%	95%	100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	satu tahun	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat	≤5 menit	satu tahun	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit
		6. Kepuasan pelanggan	≥70 %	satu tahun	70%	70%	70%	70%	70%
		7. Kematian pasien < 24 jam di IGD	≤2 ‰	satu tahun	2‰	2‰	2‰	2‰	2‰

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis dokter spesialis	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan, minimal 4 spesialis dasar (anak, penyakit dalam, bedah, kebidanan)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (08.00-13.00 kecuali jumat 08.00-11.00)	100%	Lima tahun	35%	35%	35%	35%	35%
		4. Waktu tunggu di rawat jalan.	≤60 menit	Lima tahun	80 menit	80 menit	80 menit	75 menit	75 menit
		5. Kepuasan pelanggan di rawat jalan	≥90%	Lima Tahun	90%	90%	90%	90%	90%
		6. Penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberkulosis	≥60%	Satu Tahun	60%	60%	60%	60%	60%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		7. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≤60%	Satu tahun	60%	60%	60%	60%	60%
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap (dr. spesialis dan perawat D3/S1)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis dasar (anak, penyakit dalam, bedah, kebidanan)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Jam visite dokter spesialis sesuai ketentuan	100%	Lima Tahun	98%	98%	98%	98%	98%
		5. Kejadian infeksi paska operasi	≤1,5 %	Satu tahun	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
		6. Angka kejadian infeksi nosokomial	≤1,5 %	Satu tahun	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kematian > 48 jam	≤0,24 %	Satu tahun	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		9. Kejadian pulang paksa	≤5 %	Satu tahun	5%	5%	5%	5%	5%
		10. Kepuasan pelanggan	≥90%	Lima tahun	85%	85%	85%	85%	90%
		11. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis	≥60%	Satu tahun	60%	60%	70%	70%	80%
		12. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥60%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
4	Bedah	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤2 hari	Satu tahun	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	≤1%	Satu tahun	1%	1%	1%	1%	1%
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤6%	Satu tahun	6%	6%	6%	6%	6%
5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤1 %; Eklamsi ≤30 %; Sepsis ≤0,2 %	Satu tahun	Perdarahan 1%; Eklamsi 30%; Sepsis 0,2%	Perdarahan 1%; Eklamsi 30%; Sepsis 0,2%	Perdarahan 1%; Eklamsi 30%; Sepsis 0,2%	Perdarahan 1%; Eklamsi 30%; Sepsis 0,2%	Perdarahan 1%; Eklamsi 30%; Sepsis 0,2%
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal (dr. Sp.OG, dr umum terlatih APN, bidan)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEK terlatih)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (dr. Sp.OG, dr.Sp.An, dr. Sp.A)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		6. Pelayanan persalinan melalui SC	≤20 %	Lima tahun	40%	40%	40%	40%	40%
		7. Prosentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. umum terlatih	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh Bidan terlatih	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		9. Kepuasan pelanggan	≥80 %	Satu Tahun	80%	80%	80%	80%	85%
6	Pelayanan Intensif (ICU)	1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3 %	Satu tahun	3%	3%	3%	3%	3%
		2. Dokter Pemberi pelayanan Intensif (dr.Sp.An, dr spesialis sesuai dengan kasus)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		3. Perawat pemberi pelayanan Intensif (perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4)	100%	Lima tahun	30%	50%	60%	70%	80%
	Pelayanan Intensif (NICU/PICU)	1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3 %	Satu tahun	3%	3%	3%	3%	3%
		2. Dokter Pemberi pelayanan Intensif (dr.Sp.An, dr spesialis sesuai dengan kasus)	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Perawat pemberi pelayanan Intensif (perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4)	100%	Lima tahun	5%	10%	15%	30%	35%
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i>	≤3 jam	Satu tahun	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> , dr spesialis	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>	≤2 %	Satu tahun	2%	2%	2%	2%	2%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		4. Kepuasan pelanggan	≥80 %	Satu tahun	80%	80%	80%	85%	85%
8	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 140 menit	100%	Lima tahun	95%	95%	95%	95%	95%
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp.PK	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Kepuasan pelanggan	≥80 %	Satu tahun	80%	80%	80%	85%	85%
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik/fisioterapi yang direncanakan.	≤50 %	Satu tahun	50%	50%	50%	50%	50%
		2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik/fisioterapi	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan Pelanggan	≥80 %	Tiga tahun	80%	80%	80%	85%	85%
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	100%	Dua tahun	95%	95%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	100%	Dua tahun	95%	95%	100%	100%	100%
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Kepuasan pelanggan	≥80 %	Satu tahun	90%	95%	95%	95%	95%
		5. Penulisan resep sesuai formularium	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90 %	Dua tahun	95%	100%	100%	100%	100%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20%	Satu tahun	18%	16%	14%	12%	10%
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kejadian reaksi tranfusi	≤0,01%	Satu tahun	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
13	Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	Satu tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	Empat tahun	92%	95%	95%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		2. Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi	100%	Lima tahun	95%	98%	100%	100%	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
15	Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair: BOD COD TSS pH	<30 mg/l <80 mg/l <30 mg/l 6 - 9	Satu Tahun	<30 mg/l <80 mg/l <30 mg/l 6 - 9	<30 mg/l <80 mg/l <30 mg/l 6 - 9	<30 mg/l <80 mg/l <30 mg/l 6 - 9	<30 mg/l <80 mg/l <30 mg/l 6 - 9	<30 mg/l <80 mg/l <30 mg/l 6 - 9
		2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai aturan	100 %	Satu tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
16	Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Pelatihan karyawan	≥60 %	Satu tahun	60%	60%	60%	60%	60%
		6. <i>Cost recovery</i>	≥40 %	Tiga tahun	40%	50%	50%	60%	60%
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap	≤2 jam	Empat tahun	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	Tiga tahun	100%	100%	100%	100%	100%
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance jenazah 24 jam	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit ≤30 menit	100%	Tiga tahun	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	100%	Satu tahun	100%	100%	100%	100 %	100 %
19	Laundry dan linen	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	Lima tahun	95%	100%	100%	100%	100%
		2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam	100%	Empat tahun	100%	100%	100%	100%	100%
20	Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat (maksimal 15 menit)	≥ 80%	Lima tahun	82%	85%	90%	95%	100%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yang berlaku	100%	Lima tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	Lima tahun	100%	100%	100%	100%	100%
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota TIM PPI yang terlatih	75%	Dua tahun	75%	75%	75%	75%	75%
		2. Tersedia APD di setiap instalasi	60%	Dua tahun	60%	60%	60%	60%	60%
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosoko-	75%	Lima tahun	75%	75%	75%	75%	75%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	NILAI STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN PER TAHUN				
					I (2025)	II (2026)	III (2027)	IV (2028)	V (2029)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		mial/ HAI (<i>Health care Associated Infection</i>) di RS							

BUPATI MAGELANG,

ttd

GRENGSENG PAMUJI

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



IDAM LAKSANA, S.H., M.Hum.
Pembina Tingkat I
NIP. 196812281994031006

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI MAGELANG
 NOMOR 3 TAHUN 2026
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
 SAKIT UMUM DAERAH MERAH PUTIH
 TAHUN 2025-2029

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MERAH PUTIH

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

Indikator	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di IGD
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
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
<i>Denominator</i>	:	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

Indikator	:	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 penuh.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Laporan bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/
<i>Denominator</i>	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.
Sumber Data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
<i>Denominator</i>	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	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 kecepatan pasien dilayani sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit).
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 30)
Sumber Data	:	<i>Sample</i>
Standar	:	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di diberikan

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei (minimal n = 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 70\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiga bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.
Sumber Data	:	Rekam Medik Register IGD
Standar	:	$\leq 2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	:	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
Dimensi mutu	:	Akses dan keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi operasional	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiga bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
<i>Denominator</i>	:	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

Indikator	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis adalah dokter spesialis
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam 1 bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya 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 minimal 4 spesialistik dasar (anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah).
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada
<i>Denominator</i>	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Jam 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 (buka jam 08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at jam 08.00 – 11.00)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	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
---------------------------------	--------------------------------

Indikator	: 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 dari pasien datang di Instalasi Rawat Jalan sampai diperiksa oleh dokter di Instalasi Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode Analisa	: 3 bulan
<i>Numerator</i>	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
<i>Denominator</i>	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	: Register rawat jalan
Standar	: ≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	: 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
<i>Numerator</i>	: Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
<i>Denominator</i>	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (minimal n = 50)
Sumber Data	: Survei
Standar	: ≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator	: 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
<i>Numerator</i>	: Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
<i>Denominator</i>	: Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber Data	: Rekam Medik
Standar	: ≥ 60 %

Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Indikator	:	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 jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber Data	:	Buku register Poliklinik
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

Indikator	:	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
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	:	Ruang Rawat Inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	Dokter penanggung jawab pasien
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 mengoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis dasar (Anak, Kebidanan, Dalam, Bedah) sesuai yg tersedia
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
<i>Numerator</i>	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (Anak, Kebidanan, Dalam, Bedah)
<i>Denominator</i>	:	Tidak ada
Sumber Data	:	Register rawat inap
Standar	:	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
---------------------------------	---	-----------------------------

Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 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	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien, kenyamanan
Tujuan	:	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan luka operasi telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Definisi Operasional	:	Infeksi luka operasi adalah infeksi post operasi (Luka bersih) yang didapat setelah hari ke 3, yang ditandai merah, nyeri, bengkak, dan panas.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka operasi dalam periode satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam periode satu bulan
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial lainnya di rumah sakit (selain ILO, decubitus, phlebitis)
Definisi Operasional	:	Infeksi nosokomial lainnya adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit seperti sepsis, pneumonia, (tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiga bulan sekali
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dirawat yang terkena infeksi nosokomial seperti sepsis, pneumonia (tidak termasuk ILO, phlebitis, decubitus)

<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien rawat inap 1 bulan
Sumber Data	:	Laporan tim PPI
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	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 kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut.
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	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
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$< 0,24 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap.

Indikator	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	$< 5\%$

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
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
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam prosen)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal = 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	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
<i>Numerator</i>	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator	:	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
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	:	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

Indikator	:	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah.
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai pasien didaftarkan operasi sampai dengan pelaksanaan operasi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan tersebut
Sumber Data	:	Register Operasi
Standar	:	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarkannya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
Definisi Operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	:	1 bulan dan sentinel event
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 1 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	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 pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut

Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	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 <i>sentinel event</i>
Periode analisa	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah 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 <i>sentinel event</i>
Periode analisa	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	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 yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisa	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>

<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

Indikator	:	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 <i>sentinel event</i>
Periode analisa	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 6 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

Indikator	:	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, eklampsia, partus lama dan sepsis</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dan tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg - Protein uria > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia 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> <p>Partus lama adalah: fase laten persalinan (primi para > 8 jam, multipara > 6 jam)</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode Analisa	:	Tiga bulan sekali
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)
Sumber Data	:	Register ruang kebidanan
Standar	:	Pendarahan ≤ 1%, eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 % partus lama ≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan dan Perinatologi

Indikator	:	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 Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	:	Register ruang kebidanan

Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan dan Perinatologi

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, tali pusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber Data	:	Ruang kebidanan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan dan Perinatologi

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter anesthesi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anesthesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	:	Ruang kebidanan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan dan Perinatologi

Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram.
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	:	Kepala Instalasi Persalinan dan Perinatologi

Indikator	:	Pelayanan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan 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 Analisa	:	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
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Persalinan dan Perinatal

Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jenis pelayanan KB mantap
<i>Denominator</i>	:	Jumlah peserta KB
Sumber Data	:	Rekam Medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bidang Pelayanan

Indikator	:	Konseling Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
<i>Denominator</i>	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	:	Laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Bidang Pelayanan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	:	Kepuasan persalinan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah Kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	> 80%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Persalinan dan Perinatologi

6. PELAYANAN INTENSIF

Indikator	:	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 Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan.
Sumber Data	:	Register Ruang ICU
Standar	:	≤ 3 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif

Indikator	:	Pemberi pelayanan di 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 D4.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan 6 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	:	Ruang ICU
Standar	:	≥ 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif

7. RADIOLOGI

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	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	:	Survei
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

Indikator	:	Pelaksana expertisi 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 ekpertisi rontgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode Analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan.
Sumber Data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

Indikator	:	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 analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber Data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	≤ 2%

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi
Indikator	:	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 analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Radiologi

8. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
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 sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 100\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator	:	Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekpertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hasil lab diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan.
Sumber Data	:	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan lab patologi klinik
Definisi Operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang

Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik 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.
Sumber Data	:	Register laboratorium
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator	:	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 analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

9. REHABILITASI MEDIK

Indikator	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik/fisioterapi yang direncanakan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi medik/fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	6 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out selama 3 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi selama 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam medis
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Fisioterapi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan fisioterapi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam fisioterapi
Definisi Operasional	:	Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperkirakan yang tidak sesuai dengan asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang di program fisioterapi selama 1 bulan
Sumber Data	:	Register fisioterapi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Fisioterapi

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Definisi Operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Fisioterapi
---------------------------------	---	-------------------------

10. FARMASI

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤60 menit
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

Indikator	:	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 analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	:	PIO
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

Indikator	:	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 analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien yang disurvei (dalam persen)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

Indikator	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

11. PELAYANAN GIZI

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

Indikator	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, dan efisien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

Indikator	:	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 analisa	:	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
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi gizi

12. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

Indikator	:	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	:	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah permintaan kebutuhan yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Register BDRS
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala BDRS

Indikator	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen resiko pada bank darah
Definisi Operasional	:	Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	:	Register Ruang Rawat Inap
Standar	:	$\leq 0,01$ %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala BDRS

13. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	Pasien Gakin adalah pasien miskin pemegang kartu BPJS
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 % terlayani
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi pelayanan Medis dan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan

14. REKAM MEDIK

Indikator	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
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, asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
<i>Denominator</i>	:	Jumlah rekam medik yang di isi dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik dan SIMRS

Indikator	:	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi
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	:	<i>Informed concern</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instakasi Rekam Medik dan SIMRS

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan ≤ 5 menit
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar

		sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
<i>Denominator</i>	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik dan SIMRS

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap \leq 15 menit
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama untuk digunakan pada pelayanan 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 analisa	:	Tiap tiga bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
<i>Denominator</i>	:	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik dan SIMRS

15. PENGOLAHAN LIMBAH

Indikator	:	Baku mutu air limbah
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	:	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand): 30 mg/ltr COD (Chemical Oxygen Demand): 80 mg/ltr TSS (Total Suspended Solid): 30 mg/ltr pH: 6-9
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Pengelolaan Limbah

Indikator	:	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai 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 yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Pengelolaan Limbah

16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

Indikator	:	Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.
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 dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	:	Notulen rapat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Indikator	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau 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, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
<i>Numerator</i>	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam Satu tahun
Sumber Data	:	Sub Bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Perencanaan, Program dan Anggaran

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan

Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan enam periode dalam satu tahun yaitu bulan Februari, April, Juni, Agustus, Oktober dan Desember
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber Data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	:	Efektifitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber Data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Indikator	:	Pelatihan karyawan
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 di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan dalam setahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Indikator	:	Cost recovery
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan 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 analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub bagian Keuangan
Standar	:	≥ 40 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan

Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10
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 analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Sub bagian Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan

Indikator	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
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
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	:	Sub bagian Keuangan
Standar	:	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan
Indikator	:	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 satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
<i>Denominator</i>	:	6 bulan
Sumber Data	:	Sub bagian Keuangan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan

17. PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH

Indikator	:	Waktu pelayanan ambulance 24 jam
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	Waktu pelayanan ambulance adalah penyediaan ambulance jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Instalasi Ambulance dan Transportasi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Ambulance dan Transportasi

Indikator	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit \leq 30 menit
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance diajukan oleh pasien /keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber Data	:	Catatan penggunaan ambulance
Standar	:	<u>100</u> %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Ambulance

18. PEMULASARAAN JENAZAH

Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah \leq 2 jam.
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	:	Waktu tanggap pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Total kumulatif waktu pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	:	Hasil Pengamatan
Standar	:	<u>100</u> %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Kerohanian dan Kamar Jenazah

19. LAUNDRY

Indikator	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari jumlah sampling dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laundry

Indikator	:	Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
<i>Denominator</i>	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laundry

20. PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

Indikator	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit
<i>Denominator</i>	:	Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala IPSRS

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

Indikator	:	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
<i>Denominator</i>	:	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun

Sumber Data	:	Buku register kalibrasi alat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala IPSRS

21. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Indikator	:	Ada anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI RS
Definisi operasional	:	Adalah anggota Tim RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
<i>Numerator</i>	:	Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih
<i>Denominator</i>	:	Jumlah anggota Tim PPI RS
Sumber Data	:	Tim PPI RS
Standar	:	> 75 %
Penanggung jawab	:	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator	:	Tersedianya alat pelindung diri (APD) di setiap Instalasi
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	:	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
<i>Denominator</i>	:	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 60 %
Penanggung jawab	:	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

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

Keterangan:

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Salurah Kemih

BUPATI MAGELANG,

ttd

GRENGSENG PAMUJI

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



IDAM LAKSANA, S.H.,M.Hum.

Pembina Tingkat I

NIP. 196812281994031006