



WALIKOTA SURAKARTA

PERATURAN WALIKOTA SURAKARTA
NOMOR 11 TAHUN 2012

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SURAKARTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA SURAKARTA,

Menimbang:

- a. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta merupakan salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kota Surakarta;
- b. bahwa untuk mencapai tujuan dimaksud, maka perlu ditetapkan standar pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta sebagai dasar dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu disahkan Peraturan Walikota Surakarta tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta;

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang

- Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4582);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
 9. Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 4 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah (Lembaran Daerah Kota Surakarta Tahun 2008 Nomor 4);
 10. Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 6 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Surakarta (Lembaran Daerah Kota Surakarta Tahun 2008 Nomor 6) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 6 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Surakarta (Lembaran Daerah Kota Surakarta Tahun 2011 Nomor 14);
 11. Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 9 Tahun 2011 tentang Retribusi Daerah (Lembaran Daerah Kota Surakarta Tahun 2011 Nomor 7);

Memperhatikan: 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 159b / MENKES / SK / Per / II / 1988 tentang Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 228 / Menkes / SK / III / 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129 / MENKES / SK / II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA SURAKARTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SURAKARTA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Surakarta.
2. Walikota adalah Walikota Surakarta
3. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C Kota Surakarta.
5. Direktur adalah Direktur RSUD.
6. Pelayanan RSUD adalah pelayanan yang diberikan RSUD kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan RSUD kepada masyarakat.
9. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
10. 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.

11. Kinerja...

11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Defenisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
15. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
16. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
17. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
18. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
19. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
20. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM RSUD.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III JASA PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Bagian Kesatu Jasa Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan RSUD meliputi :

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat Jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Pelayanan Bedah;
- e. Pelayanan Persalinan, Kesehatan Ibu dan Anak, Perinatologi, dan Keluarga Berencana;
- 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/Bank Darah;
- m. Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN);
- n. Pelayanan Rekam Medis;
- o. Pelayanan Limbah;
- p. Pelayanan Administrasi Manajemen;
- q. Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah;
- r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
- t. Pelayanan Laundry;
- u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- v. Pelayanan Hemodialisa;

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

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian SPM tercantum dalam lampiran Peraturan Walikota ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Walikota ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.

(3) Penyelenggaraan...

P

- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga medik, paramedik dan seluruh pegawai dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 6

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

BAB V KETENTUAN PENUTUP

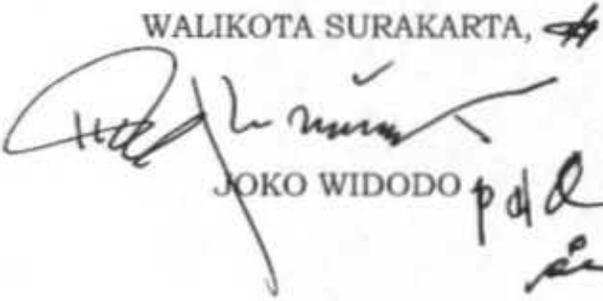
Pasal 7

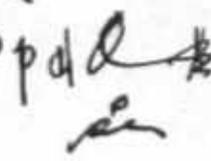
Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kota Surakarta.

Ditetapkan di Surakarta

Pada tanggal 9 Juli 2012

WALIKOTA SURAKARTA, 

JOKO WIDODO 

Diundangkan di Surakarta
pada tanggal 18 Juli 2012

SEKRETARIS DAERAH KOTA SURAKARTA


BUDI SUHARTO

LAMPIRAN
 PERATURAN WALIKOTA SURAKARTA
 NOMOR
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
 SAKIT UMUM DAERAH KOTA
 SURAKARTA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SURAKARTA

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian (dalam tahun)
		Indikator	Standar	
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%	2
		2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 jam	1
		3. Pemberi layanan kegawatdaruratan telah bersertifikat PPGD, ATLS, ACLS, BLS dan ALS (yang masih berlaku)	100%	5
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	1
		6. Kepuasan pelanggan pada UGD	≥70%	2
		7. Kematian pasien ≤ 24 jam di UGD	≤ 2 perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	1
		8. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	1
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis	1
		2. Ketersediaan layanan	1. Poliklinik Anak	2

			2. Poliklinik Penyakit Dalam 3. Poliklinik Bedah 4. Poliklinik Kebidanan 5. Poliklinik Mata 6. Poliklinik Kulit dan Kelamin 7. Poliklinik Syaraf 8. Poliklinik Jiwa 9. Gigi Spesialis	1 2 2 1 1 2 4 3
		3. Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 WIB setiap hari kecuali hari Jumat, pukul 08.00 s/d 11.00 WIB	1
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	2
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	2
		6. Penegakan diagnosis TB dengan pemeriksaan <i>microscopis</i> TB melalui pemeriksaan	≥ 60%	2
		7. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60%	2
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1. Dokter Spesialis 2. Perawat (minimal D3)	1 1
		2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	1
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	1. Anak 2. Penyakit Dalam 3. Bedah 4. Kebidanan 5. Mata 6. Kulit dan Kelamin 7. Syaraf	1 1 1 1 1 1 2
		4. Jam <i>visite</i> dokter	08.00 s/d 14.00 WIB setiap hari kerja	1
		5. Kejadian <i>infeksi nosokomial</i>	≤ 1,5%	1

		6. Kejadian infeksi paska operasi	$\leq 1,5\%$	1
		7. Tidak adanya pasien yang jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	1
		8. Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$	1
		9. Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$	1
		10. Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$	2
		11. Rawat inap TB		
		a. Penegakan diagnosa TB dengan melalui pemeriksaan <i>microscopis</i> TB	100%	1
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100%	1
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	1
		2. Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1\%$	1
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	1
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	1
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	1
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain dalam tubuh pasien setelah operasi	100%	1
		7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	$\leq 6\%$	1

5.	Persalinan	<p>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</p> <p>a. Pendarahan $\leq 1\%$</p> <p>b. <i>Pre-eklampsia</i> $\leq 30\%$</p> <p>c. <i>Sepsis</i> $\leq 0,2\%$</p> <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>1. Dokter Sp. OG 2</p> <p>2. Dokter umum terlatih 1</p> <p>3. Bidan 1</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</p> <p>Tim PONEK yang terlatih 2</p> <p>4. Pemberi persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>1. Dokter Sp. OG 2</p> <p>2. Dokter Sp. A 2</p> <p>3. Dokter Sp. An 2</p> <p>5. Kemampuan menangani BBLR : 1500-2500 gr</p> <p>100% 1</p> <p>6. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i></p> <p>$\leq 20\%$ 2</p> <p>7. Keluarga Berencana</p> <p>a. Persentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih</p> <p>100% 2</p> <p>b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih</p> <p>100% 2</p> <p>8. Kepuasan pelanggan</p> <p>$\geq 80\%$ 2</p>		
6.	Perawatan Intensif	<p>1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus sama ≤ 72 jam</p> <p>$\leq 3\%$ 2</p> <p>2. Pemberi pelayanan unit intensif</p> <p>1. Dokter Sp. An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus 2</p>		

			2. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikasi Perawat Mahir	2
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto 2. Pelaksanaan <i>ekspertisi</i> 3. Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> (kerusakan foto) 4. Kepuasan pelanggan	≤ 3 jam Dokter Spesialis Radiologi $\leq 2\%$ $\geq 80\%$	1 2 2 2
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana <i>ekspertisi</i> 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	≤ 140 menit Kimia Darah dan Darah Rutin Dokter Sp. PK 100% $\geq 80\%$	1 3 1 2
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang telah direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan pelanggan	$\leq 50\%$ 100% $\geq 80\%$	2 2 2
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan: a. Obat jadi b. Obat racikan	≤ 30 menit ≤ 60 menit	1 1

		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	2
		3. Penulisan resep sesuai <i>formularium</i>	100%	2
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	2
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	1
		2. Sisa makanan yang tak termakan oleh pasien	≤ 20%	1
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	1
12.	Tranfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	1
		2. Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01%	1
13.	Pelayanan Pasien Miskin (GAKIN)	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan dapat terlayani	100%	1
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai layanan	100%	2
		2. Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	1
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	2
		4. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	2

15.	Pengelolaan Limbah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baku mutu limbah cair sesuai standar 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan yang berlaku 	<p>BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l pH 6-9</p> <p>100%</p>	<p>3</p> <p>3</p>
16.	Administrasi Manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per tahun 6. <i>Cost Recovery</i> 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketetapan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai waktu kesepakatan 	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>≥ 60%</p> <p>≥ 40%</p> <p>100%</p> <p>≤ 2 jam</p> <p>100%</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>
17.	Ambulance / Kereta Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah 2. Kecepatan memberikan 	<p>24 jam</p> <p>≤ 30 menit</p>	<p>1</p> <p>1</p>

		<p>elayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit</p> <p>3. Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan ambulance / kereta jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan</p>	Sesuai ketentuan daerah	3
18.	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	2
19.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	<p>1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</p> <p>2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat</p> <p>3. Peralatan Laboratorium (dan alat lainnya) yang digunakan terkalibrasi dengan tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</p>	<p>$\leq 80\%$</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
20.	Laundry	<p>1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang</p> <p>2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>	<p>2</p> <p>2</p>
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	<p>1. Ada anggota tim PPI yang terlatih</p> <p>2. Tersedianya APD di setiap instalasi rumah sakit</p> <p>3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health Care Associated Infections</i>) di rumah sakit (minimal 1 parameter)</p>	<p>$\geq 75\%$</p> <p>$\geq 60\%$</p> <p>$\geq 75\%$</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>

22.	Haemodialisa	1. Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai <i>adekuasi dialis</i>	$\geq 60\%$	3
		2. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan haemodialisis yang direncanakan	$\leq 50\%$	3
		3. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	2

WALIKOTA SURAKARTA, *JS*

Joko Widodo
 JOKO WIDODO *pd*