



## **BUPATI MOJOKERTO**

### **PERATURAN BUPATI MOJOKERTO NOMOR 20 TAHUN 2013 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RA. BASOENI**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI MOJOKERTO,**

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 3 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, perlu membentuk Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit RA Basoeni;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah RA. Basoeni Mojokerto.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur juncto Undang-

Surabaya (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia

- Nomor 4594);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
  10. 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);
  11. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
  12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/ /III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;
  13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
  14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Tehknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
  15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  16. Keputusan Menteri Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
  17. Peraturan Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 9 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten Mojokerto (Lembaran Pemerintah Daerah Kabupaten Mojokerto Tahun 2008 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 6);
  18. Peraturan Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 12 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten

Mojokerto (Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Tahun 2008 Nomor 12, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 9) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 3 Tahun 2011 (Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Tahun 2011 Nomor 3);

19. Peraturan Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 2 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Tahun 2012 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 1);

### **MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RA. BASOENI.**

## **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Mojokerto.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Mojokerto.
3. Bupati adalah Bupati Mojokerto.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah RSUD RA. Basoeni Kabupaten Mojokerto.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah RA. Basoeni Mojokerto kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas RSUD RA Basoeni Mojokerto.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat.
8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit 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 penyelenggaraanya 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 WHO.
  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 variable 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.
  13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
  14. Definisi 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, TUJUAN DAN FUNGSI**

#### **Pasal 2**

- (1) SPM RSUD dimaksudkan sebagai acuan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.

- (2) SPM RSUD bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.
- (3) SPM RSUD berfungsi :
  - a. sebagai alat untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan RSUD yang diterima oleh masyarakat dalam kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah daerah sebagai penyedia pelayanan bidang kesehatan kepada masyarakat;
  - b. sebagai alat monitoring dan evaluasi serta tolak ukur untuk mengukur keberhasilan kinerja penyelenggaraan urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan bidang kesehatan kepada masyarakat;
  - c. sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan bidang kesehatan kepada masyarakat berbasis kinerja; dan
  - d. sebagai acuan prioritas perencanaan daerah dan prioritas pembiayaan anggaran pendapatan belanja daerah.

### **BAB III**

#### **JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR DAN NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM**

##### **Bagian Kesatu**

##### **Jenis Pelayanan**

##### **Pasal 3**

- (1) Semua jenis pelayanan RSUD harus memenuhi SPM.
- (2) Jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
  - a. Pelayanan Gawat Darurat;
  - b. Pelayanan Rawat Jalan;
  - c. Pelayanan Rawat Inap;
  - d. Pelayanan Bedah Sentral;
  - 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 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - l. Pelayanan Gizi;
  - m. Pelayanan Tranfusi Darah;
  - n. Pelayanan Keluarga Miskin;
  - o. Pelayanan Rekam Medis;

- p. Pelayanan Limbah;
- q. Pelayanan Administrasi Manajemen;
- r. Pelayanan Ambulan / Kereta Jenazah;
- s. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- t. Pelayanan Laundry;
- u. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
- v. Pelayanan Keamanan.

## **Bagian Kedua**

### **Indikator, Nilai Dan Standar , Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal**

#### **Pasal 4**

- (1) Indikator Pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1), terdiri atas :
- a. Pelayanan Gawat Darurat, indikator SPM yang menunjukkan :
    1. kemampuan gawat darurat dalam menangani kegawatdaruratan yang mengancam jiwa (*Life Saving*) anak dan dewasa dengan standar pencapaian 100%;
    2. jam buka pelayanan gawat darurat dengan standar pencapaian 24 jam;
    3. pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku antara lain *Basic Life Support* (BLS)/Penanganan Pertama pada Gawat Darurat (PPGD)/*General Emergency Life Support* (GELS)/*Advance Trauma Life Support* (ATLS) dengan standar pencapaian 100%;
    4. ketersediaan tim penanggulangan bencana dengan standar pencapaian 1 tim;
    5. waktu tanggap pelayanan dokter di instalasi gawat darurat dengan standar pencapaian  $\leq$  lima menit terlayani, setelah pasien datang;
    6. kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gawat darurat dengan standar pencapaian  $\geq$  70%;
    7. kematian pasien < 24 jam dengan standar  $\leq$  dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam); dan
    8. tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka dengan standar pencapaian 100%.
  - b. Pelayanan Rawat Jalan, indikator SPM yang menunjukkan :
    1. ketersediaan dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis dengan standar pencapaian 100% dokter spesialis;

2. ketersediaan pelayanan spesialis dengan standar minimal 4 spesialis dasar (anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah);
  3. Jam buka pelayanan poli rawat jalan dengan standar waktu buka jam 08.00 s/d 13.00 setiap hari kecuali hari jum'at jam 08.00 s/d 11.00;
  4. waktu tunggu di rawat jalan dengan standar  $\leq 60$  menit;
  5. kepuasan pelanggan dengan standar  $\geq 90$  %;
  6. diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis dengan standar 100 %; dan
  7. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan tuberkulosis dengan standar  $\geq 60$  %.
- c. Pelayanan Rawat Inap, indikator SPM yang menunjukkan :
1. pemberi pelayanan di rawat inap dengan standar dokter spesialis dan perawat minimal pendidikan D3 Keperawatan/Kebidanan;
  2. adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap dengan pencapaian 100%;
  3. ketersediaan pelayanan rawat inap dengan standar minimal 4 spesialis (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah);
  4. jam kunjungan (*visite*) dokter spesialis dengan standar antara jam 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja;
  5. kejadian infeksi paska operasi dengan standar  $\leq 1,5$ %;
  6. kejadian infeksi nosokomial dengan standar  $\leq 1,5$ %;
  7. tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian standar pencapaian 100%;
  8. kematian pasien  $< 48$  jam dengan standar  $\leq 0,24$ %;
  9. kejadian pulang paksa dengan standar  $\leq 5$ %;
  10. kepuasan pelanggan dengan standar  $\leq 90$ %;
  11. pencapaian rawat inap tuberkulosis :
    - 1) penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis dengan standar  $\geq 60$ %;
    - 2) terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan tuberkulosis di rumah sakit dengan standar  $\geq 60$ %;
- d. Pelayanan Bedah Sentral, indikator SPM yang menunjukkan :
1. waktu tunggu operasi elektif dengan standar  $\leq 2$  hari;
  2. kejadian kematian di meja operasi dengan standar  $\leq 1$ %;
  3. tidak adanya kejadian operasi salah sisi dengan standar 100%;
  4. tidak adanya kejadian operasi salah orang dengan standar 100%;
  5. tidak adanya kejadian salah tindakan operasi dengan standar 100%;
  6. tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain dalam tubuh pasien setelah operasi dengan standar 100%; dan



7. kejadian komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube dengan standar  $\leq 6\%$ ;
- e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi, indikator SPM yang menunjukkan :
  1. kejadian kematian ibu karena persalinan dengan standar :
    - a) perdarahan  $\leq 1\%$ ;
    - b) pre eklampsia  $\leq 30\%$ ; dan
    - c) sepsis  $\leq 0,2\%$ .
  2. pemberi pelayanan persalinan normal dengan standar,
    - a) dokter spesialis kandungan dan kebidanan;
    - b) dokter umum terlatih asuhan persalinan normal; dan
    - c) bidan asuhan persalinan normal;
  3. pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit dengan standar tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) yang terlatih;
  4. pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi dengan standar
    - a) dokter SpOG;
    - b) dokter SpA; dan
    - c) dokter SpAn;
  5. kemampuan menangani bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr dengan standar 100%;
  6. pertolongan persalinan melalui seksio sesaria dengan standar  $\leq 20\%$ ;
  7. pelayanan KB :
    - a) presentase KB (vasektomi dan tubektomi) dilakukan oleh tenaga kompeten, standar 100%;
    - b) konseling KB mantab yang dilakukan oleh bidan terlatih dengan standar 100%;
  8. kepuasan pelanggan standar  $\geq 80 \%$ ;
- f. Pelayanan Intensif, indikator SPM yang menunjukkan :
  1. rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama  $< 72$  jam, standar  $\leq 3\%$ ;
  2. pemberi pelayanan unit intensif dengan standar :
    - a) dokter spesialis anestesi dan spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani; dan
    - b) 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara D4;
- g. Pelayanan Radiologi, indikator SPM yang menunjukkan :
  1. waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto, standar  $\leq 3$  jam;
  2. pelaksana ekspertisi, standar dokter spesialis radiologi 100%;

3. kejadian kegagalan pelayanan rontgen, standar kerusakan foto  $\leq 2\%$ ; dan
  4. kepuasan pelanggan, standar  $\geq 80\%$ ;
- h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik, indikator SPM yang menunjukkan:
1. waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk kimia darah dan darah rutin, standar  $\leq 140$  menit;
  2. pelaksanaan ekspertisi oleh dokter SpPK, standar 100%;
  3. tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium, standar 100%; dan
  4. kepuasan pelanggan, standar  $\geq 80\%$ .
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medis, indikator SPM yang menunjukkan:
1. kejadian droup out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang di rencanakan, standar  $\leq 50\%$ ;
  2. tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik, standar 100%; dan
  3. kepuasan pelanggan, standar  $\geq 80\%$ ;
- j. Pelayanan Farmasi, indikator SPM yang menunjukkan:
1. waktu tunggu pelayanan,
    - a) obat jadi, standar  $\leq 30$  menit
    - b) racikan, standar  $\leq 60$  menit
  2. tidak adanya kesalahan pemberian obat, standar 100%;
  3. kepuasan pelanggan, standar  $\geq 80\%$ ; dan
  4. penulisan resep sesuai formularium, standar 100%;
- h. Pelayanan Gizi, indikator SPM yang menunjukkan :
1. ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien, standar  $> 90\%$
  2. sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien, standar  $< 20\%$ ;
  3. tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet, standar 100%;
- i. Pelayanan Tranfusi, indikator SPM yang menunjukkan :
1. pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi, standar 100%;
  2. kejadian reaksi transfusi, standar  $< 0,01\%$
- j. Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN), indikator SPM yang menunjukkan: pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan, standar 100%;
- k. Pelayanan Rekam Medik, indikator SPM yang menunjukkan:
1. kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan, stadar 100%;
  2. indikator SPM yang menunjukkan kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas, standar 100%;

3. indikator SPM yang menunjukkan waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan, standar  $\leq 10$  menit;
  4. indikator SPM yang menunjukkan waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap, standar  $\leq 15$  menit;
1. Pengelolaan Limbah
    - a. indikator SPM yang menunjukkan Baku mutu limbah cair, dengan standar :
      - 1) BOD  $< 30$  mg/l;
      - 2) COD  $< 80$  mg/l;
      - 3) TSS  $< 30$  mg/l;
      - 4) PH 6 – 9;
    - b. indikator SPM yang menunjukkan pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan, standar 100%;
  - m. Administrasi dan Manajemen, indikator SPM yang menunjukkan :
    1. tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi, standar 100%
    2. kelengkapan laporan Akutabilitas kinerja, standar 100%;
    3. ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat, standar 100%;
    4. ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala, standar 100%;
    5. karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun, standar  $\geq 60\%$ ;
    6. Cost Recovery, standar  $\geq 40\%$ ;
    7. indikator SPM yang menunjukkan ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan, standar 100%;
    8. kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap, standar  $\leq 2$  jam; dan
    9. ketepatan waktu pemberian imbalan ( insentif ) sesuai kesepakatan waktu, standar 100%.
  - n. Pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah, indikator SPM yang menunjukkan:
    1. waktu pelayanan Ambulans/ kereta jenazah, standar 24 jam;
    2. waktu pelayanan Ambulans/ kereta jenazah di R.S, standar  $\leq 30$  menit;
    3. *respons time* pelayanan Ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan, standar sesuai ketentuan Daerah  $\geq 120$  menit.
  - o. Pemulasaran Jenazah, indikator SPM yang menunjukkan waktu tanggap (*Respons time*) pelayanan pemulasaran Jenazah, standar  $\leq 2$  jam
  - p. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit, indikator SPM yang menunjukkan:
    1. kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat, standar  $\geq 80\%$ ;
    2. ketepatan waktu pemeliharaan alat, standar 100%; dan

3. peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi, standar 100%.
- q. Pelayanan Laundry, indikator SPM yang menunjukkan:
1. tidak adanya linen yang hilang, standar 100%;
  2. ketepatan waktu penyediaan linen untuk Ruang rawat inap sesuai waktu yang ditentukan, standar 100%;
- r. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
1. adanya anggota PPI yang terlatih, standar 75%;
  2. tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi/Departemen, standar 60%; dan
  3. kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial/HAIS di RS (minimal 1 parameter), standar 75%;
- s. Pelayanan Keamanan, indikator SPM yang menunjukkan:
1. tidak ada hilangnya kendaraan dan barang-barang milik pasien, pengunjung dan pegawai, standart 100%; dan
  2. tenaga satuan keamanan memiliki sertifikat satpam, standart 100%.

## **BAB IV**

### **PERENCANAAN, PELAKSANAAN, DAN PELAPORAN SPM**

#### **Bagian Kesatu**

#### **Perencanaan**

#### **Pasal 5**

- (1) Direktur RSUD bertanggungjawab menyusun perencanaan, dan pencapaian SPM.
- (2) Dalam menyusun perencanaan, dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur RSUD melibatkan pejabat struktural dan fungsional.

#### **Pasal 6**

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 meliputi jenis pelayanan, indikator, nilai, capaian target/kinerja tahunan dan penanggungjawab sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

## **Bagian Kedua**

### **Pelaksanaan**

#### **Pasal 7**

SPM dilaksanakan di semua jenis pelayanan RSUD berdasarkan pencapaian indikator target/kinerja tahunan.

#### **Pasal 8**

- (1) Direktur RSUD bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh tenaga/petugas dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **Bagian Ketiga**

### **Pelaporan**

#### **Pasal 9**

- (1) Direktur RSUD wajib menyampaikan laporan hasil pencapaian target/kinerja penerapan SPM kepada Bupati.
- (2) Atas laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati menyampaikan hasil pencapaian target/kinerja penerapan SPM RSUD kepada Gubernur.

## **BAB V**

### **PENGORGANISASI**

#### **Pasal 10**

Penyelenggaraan pelayanan dasar bidang kesehatan berdasarkan SPM secara operasional dikoordinasikan oleh Direktur.

## **BAB VI**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### **Bagian Kesatu**

##### **Pembinaan**

#### **Pasal 11**

- (1) Bupati melakukan pembinaan pencapaian target/kinerja tahunan SPM.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya.

- (3) Bantuan teknis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mencakup:
- a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

## **Bagian Kedua**

### **Pengawasan**

#### **Pasal 12**

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan pencapaian target/kinerja tahunan SPM.
- (2) Dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati dibantu oleh Dewan Pengawas dan Inspektorat.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

#### **Pasal 13**

1. Direktur melaksanakan pengawasan internal untuk menjaga, mengendalikan dan meningkatkan mutu pelayanan sesuai SPM.
2. Dalam melaksanakan pengawasan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur dapat dibantu pejabat struktural yang ditunjuk.

## **BAB VII**

### **PENGANGGARAN**

#### **Pasal 14**

Anggaran dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, pembinaan dan pengawasan SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 sampai dengan Pasal 13 dibebankan pada Pendapatan RSUD dan sumber pendapatan lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **BAB VIII**

### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 15**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Mojokerto  
pada tanggal 29 Mei 2013

**BUPATI MOJOKERTO,**



**MUSTOFA KAMAL PASA**

Diundangkan di Mojokerto  
pada tanggal 2 Januari 2014

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MOJOKERTO,**



**HERRY SUWITO**

**BERITA DAERAH KABUPATEN MOJOKERTO TAHUN 2012 NOMOR 16**

## TARGET PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB	KET	
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
1	PELAYANAN GAWAT DARURAT	A. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD	
		B. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 JAM	24 JAM	24 JAM	24 JAM	24 JAM	24 JAM	24 JAM	24 JAM	Kepala IGD	
		C. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD	100%	55%	70%	85%	100%	100%	100%	100%	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit	
		D. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	0	1 TIM	1 TIM	1 TIM	1 TIM	1 TIM	1 TIM	Kepala IGD	
		E. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	Kepala IGD	
		F. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	70%	70%	70%	70%	80%	85%	90%	PKMRS		
		G. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	2/1000	6/1000	5/1000	4/1000	3/1000	2/1000	1/1000	Kepala IGD		
		H. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PKMRS	
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	A. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%	67,63%	81,22%	88,02%	91,90%	96,45%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan		
		B. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	Kepala Instalasi rawat jalan		
		C. Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan		
		D. Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	≤ 60 Menit	≤ 60 Menit	≤ 60 Menit	≤ 60 Menit	≤ 55 Menit	≤ 48 Menit	Tim mutu		



NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB	KET
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
		E. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan	≥ 90%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	PKMRS	
		F. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS dengan standar 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan	
3	PELAYANAN RAWAT INAP	A. Pemberi pelayanan Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap	
		B. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap	
		C. Ketersediaan pelayanan rawat inap	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	4 Spesialis	Kepala Instalasi rawat inap	
		D. Jam visite dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap	
		E. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,3%	≤ 1,2%	≤ 1,1%	≤ 1%	Tim PPI - RS	
		F. Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,3%	≤ 1,2%	≤ 1,1%	≤ 1%	Tim PPI - RS	
		G. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi rawat inap	
		H. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	0,37%	0,35%	0,32%	0,30%	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	tim mutu	
		I. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	≤ 10.5%	≤ 8%	≤ 7%	≤ 6%	≤ 5%	≤ 5%	tim mutu	
		J. Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	≥ 92.8%	≥ 95%	≥ 97%	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	tim mutu	
		K. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap	
4	BEDAH SENTRAL	A. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 3 hari	≤ 3 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Ketua instalasi bedah sentral	
		B. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua instalasi bedah sentral	
		C. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral	
		D. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral	
		E. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral	

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB	KET
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
		operasi									
		F. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral	
		G. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua instalasi bedah sentral	
5	PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	A. Kejadian kematian ibu karena persalinan									
		- Pendarahan	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Komite Medik	
		- Pre-eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Komite Medik	
		- Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Komite Medik	
		B. Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu	
		C. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Komite Mutu	
		D. Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tim mutu	
		E. Kemampuan menangani BBLR < 1500 gr - 2500 gr	100%	68,2%	79,1%	82,9%	89,5%	94,9%	100%	Tim mutu	
		F. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	≤ 25%	≤ 25%	≤ 23.3%	≤ 21.3%	≤ 20,,2%	≤ 20%	Tim mutu	
		G. Keluarga Berencana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Poli Kebidanan	
		H. Konseling Keluarga Berencana Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Poli Kebidanan	

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB	KET
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
		I. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	PKMRS	
6	PELAYANAN INTENSIF	A. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	Tim mutu	
		B. Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Ur.Diklat	
7	RADIOLOGI	A. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	Kepala instalasi Radiologi	
		B. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Radiologi	
		C. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	0%	0%	0%	0%	Kepala instalasi Radiologi	
		D. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 60%	≥ 75%	≥ 80%	≥ 90 %	100%	100%	PKMRS	
8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	A. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit	≤ 210 menit	≤ 200 menit	≤180 menit	≤160 menit	≤140 Menit	≤140 Menit	Kepala instalasi Laboratorium	
		B. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	0%	50%	80%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Laboratorium	
		C. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Laboratorium	
		D. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	50%	65%	70%	75%	≥ 80%	≥ 80%	PKMRS	
9	REHABILITASI MEDIK	A. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	Kepala instalasi Rehab Medik	
		B. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rehab Medik	
		C. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	≥ 60%	≥ 70%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 100%	PKMRS	

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB	KET
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
10	FARMASI	A. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	Kepala instalasi Farmasi	
		B. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	Kepala instalasi Farmasi	
		C. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	70%	80%	85%	90%	100%	100%	Kepala instalasi Farmasi	
		D. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 90%	≥ 95%	PKMRS	
		E. Penulisan resep sesuai formularium	100%	80%	85%	90%	90%	100%	100%	Kepala instalasi Farmasi	
11	GIZI	A. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	≥ 85%	≥ 90%	≥ 95%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Gizi	
		B. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	≤ 25%	≤ 25%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	Kepala instalasi Gizi	
		C. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Gizi	
12	TRANSFUSI DARAH	A. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Pengelola Bank Darah	
		B. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Unit Tranfusi Darah	
13	PELAYANAN GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur	
14	REKAM MEDIK	A. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rekam Medik	
		B. Kelengkapan Informed Consent setelah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rekam Medik	

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB	KET
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
		mendapatkan informasi yang jelas									
		C. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 20 menit	≤ 15 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Kepala instalasi Rekam Medik	
		D. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 30 menit	≤ 25 menit	≤ 20 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 10 menit	Kepala instalasi Rekam Medik	
15	PENGELOLAAN LIMBAH	A. Baku Mutu Limbah Cair	100%	0%	50%	70%	90%	100%	100%	Kepala IPLS	
		B. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPLS	
16	ADMINISTRASI MANAJEMEN	A. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur	
		B. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur	
		C. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bagian kesekretariatan	
		D. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bagian kesekretariatan	
		E. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	Ka.Ur.Diklat	
		F. Cost recovery	≥ 40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	Ka.Sub.Bag Keuangan	
		G. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Sub.Bag Keuangan	

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB	KET
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
		H. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	Ka.Sub.Bag Keuangan	
		I. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Sub.Bag Keuangan	
17	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	A. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Ka.Sub.Bag Umum &	
		B. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit	100%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	Ka.Sub.Bag Umum & Perlengkapan	
18	PEMULASARAAN JENAZAH	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 JAM	≤ 2 JAM	≤ 2 JAM	≤ 2 JAM	≤ 2 JAM	≤ 2 JAM		
	PELAYANAN PEMELIHARAAN	A. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	≥ 70%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%	100%	100%	Kepala IPRS	
	SARANA RUMAH SAKIT	B. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala IPRS	
		C. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	60%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala IPRS	
20	PELAYANAN LAUNDRY	A. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry	
		B. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry	
21	PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI	A. Tim PPI	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	Ketua PPI	
		B. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	60%	10%	16%	25%	35%	50%	60%	Ketua PPI	
		C. Terlaksananya kegiatan dan pencatatan	75%	60%	70%	75%	75%	75%	75%	Ketua PPI	

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN							PENANGGUNG JAWAB	KET	
		INDIKATOR	NILAI	2012	2013	2014	2015	2016	2017				
		pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit											
22	PELAYANAN KEAMANAN	A. Tidak ada hilangnya kendaraan dan barang-barang milik pasien, pengunjung dan pegawai	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala SATPAM		
		B. Tenaga satuan pengamanan memiliki sertifikat satpam	100%	20%	40%	60%	80%	100%			Kepala SATPAM		

BUPATI MOJOKERTO,



MUSTOFA KAMAL PASA