



WALIKOTA KEDIRI
PERATURAN WALIKOTA KEDIRI
NOMOR 26 TAHUN 2016
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN KOTA KEDIRI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALIKOTA KEDIRI,

Menimbang : a. bahwa pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar;

b. bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh RSUD Gambiran, perlu adanya standar pelayanan minimal;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kota Kediri;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan dalam Daerah Istimewa Yogyakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4457) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9

Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/ Menkes/ Per/ II/ 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
9. Peraturan Walikota Kediri Nomor 45 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kota Kediri.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN KOTA KEDIRI.

Pasal 1

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD Gambiran Kota Kediri dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan RSUD Gambiran Kota Kediri kepada masyarakat.

Pasal 2

Jenis-jenis pelayanan yang minimal wajib disediakan oleh RSUD Gambiran Kota Kediri meliputi :

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat Jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Pelayanan Bedah Sentral (OK);
- e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi (Peristi);
- f. Pelayanan Intensif;
- g. Pelayanan Laboratorium;
- h. Pelayanan Radiologi;
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
- j. Pelayanan Farmasi;
- k. Pelayanan Gizi;
- l. Pelayanan Bank Darah;
- m. Pelayanan Masyarakat Miskin;
- n. Pelayanan Rekam Medis;
- o. Pelayanan Penyehatan Lingkungan/Limbah;
- p. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
- q. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah;
- r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana;
- t. Pelayanan Laundry;
- u. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- v. Pelayanan Keperawatan;
- w. Pelayanan Haemodialisa;
- x. Pelayanan Sterilisasi Sentral (CSSD);
- y. Pelayanan Satpam.

Pasal 3

Uraian Standar Pelayanan Minimal RSUD Gambiran Kota Kediri sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

Pasal 4

Laporan hasil evaluasi kinerja dari seluruh instalasi dan unit kerja berdasarkan Standar Pelayanan Minimal disampaikan setiap akhir tahun anggaran.

Pasal 5

- (1) Pengawasan atas penerapan dan pencapaian Standar Pelayanan Minimal pada RSUD Gambiran Kota Kediri dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal di RSUD Gambiran Kota Kediri dibantu oleh Inspektur.
- (2) Hasil pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Walikota Kediri.

Pasal 6

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Kediri.

Ditetapkan di Kediri
pada tanggal 25 Agustus 2016

WALIKOTA KEDIRI,
ttd.

ABDULLAH ABU BAKAR

Diundangkan di Kediri
pada tanggal 25 Agustus 2016

SEKRETARIS DAERAH KOTA KEDIRI,
ttd.

BUDWI SUNU HERNANING SULISTYO

BERITA DAERAH KOTA KEDIRI TAHUN 2015 NOMOR 27

Salinan sesuai dengan aslinya
a.n. SEKRETARIS DAERAH KOTA KEDIRI
Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM,

ttd.

MARIA KARANGORA, SH.MM.
Pembina Tingkat I
NIP. 19581208 199003 2 001

**URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN KOTA KEDIRI**

A. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat.

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa :
 - a. Definisi Operasional
Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Instalasi Gawat Darurat
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan life saving.
 - d. Standar : 100%

2. Jam buka pelayanan gawat darurat :
 - a. Definisi Operasional
Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
 - c. Denominator
Jumlah hari dalam satu bulan
 - d. Standar : 24 jam

3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku :
 - a. Definisi Operasional
Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.
 - b. Numerator
Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
 - c. Denominator

Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
d. Standar : 100%

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana :

a. Definisi Operasional

Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.

b. Numerator

Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit

c. Denominator

Tidak ada

d. Standar : satu tim

5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat :

a. Definisi Operasional

Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.

b. Numerator

Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter.

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal $n=50$)

d. Standar : ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang

6. Kepuasan Pelanggan :

a. Definisi Operasional

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan

b. Numerator

Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal $n=50$)

d. Standar : $\geq 70\%$

7. Kematian pasien ≤ 24 jam

a. Definisi Operasional

Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode

≤ 24 jam sejak pasien datang

b. Numerator

Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat

d. Standar : ≤ 2 per seribu

8. Khusus untuk RS Jiwa, Pasien jiwa dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam

a. Definisi Operasional

Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.

b. Numerator

Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat.

d. Standar : 100%

9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

a. Definisi Operasional

Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.

b. Numerator

Jumlah Pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka

c. Denominator

Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat

d. Standar : 100%

B. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rawat Jalan

1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis

a. Definisi Operasional

Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit

pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan).

b. Numerator

Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan.

c. Denominator

Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan

d. Standar : 100%

2. Ketersediaan Pelayanan

a. Definisi Operasional

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit.

b. Numerator

Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)

c. Denominator

Tidak ada

d. Standar : Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah.

3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa

a. Definisi Operasional

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan rumah sakit.

b. Numerator

Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)

c. Denominator

Tidak Ada

d. Standar : Minimal NAPZA, Gangguan Psikitik, Gangguan Neurotik, Mental Organik

4. Jam buka pelayanan

a. Definisi Operasional

Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat

- b. Numerator
Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
 - c. Denominator
Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan.
 - d. Standar : 100%
5. Waktu tunggu di rawat jalan
- a. Definisi Operasional
Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
 - d. Standar : ≤ 60 menit
6. Kepuasan Pelanggan
- a. Definisi Operasional
Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal $n=50$)
 - d. Standar : $\geq 90\%$
7. a) Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB (untuk RS yang telah melaksanakan TB DOTS)
- a. Definisi Operasional
Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
 - b. Numerator
Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
 - c. Denominator

Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
d. Standar : 60%

- b) Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
 - a. Definisi Operasional
Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
 - b. Numerator
Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
 - c. Denominator
Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
 - d. Standar : 60%

C. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kegiatan Rawat Inap

- 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap
 - a. Definisi Operasional
Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3).
 - b. Numerator
Jumlah tenaga dokter dan perawat yang member pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.
 - d. Standar : 100%

- 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
 - a. Definisi Operasional
Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - b. Numerator
Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan.
 - d. Standar : 100%

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

a. Definisi operasional

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.

b. Numerator

Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif).

c. Denominator

Tidak ada

d. Standar : minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus sesuai dengan spesifikasi rumah sakit tersebut).

4. Jam Visite Dokter Spesialis

a. 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.

b. Numerator

Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei.

c. Denominator

Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei

d. Standar : 100%

5. Kejadian infeksi pasca operasi

a. Definisi operasional

Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kolor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam.

b. Numerator

Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan.

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan.

d. Standar : $\leq 1,5\%$

6. Kejadian infeksi nosokomial

a. Definisi operasional

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi.

b. Numerator

Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan.

c. Denominator

Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan

d. Standar : $\leq 1,5\%$

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

a. Definisi operasional

Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian.

b. Numerator

Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh.

c. Denominator

Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut.

d. Standar : 100%

8. Kematian pasien > 48 jam

a. Definisi operasional

Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.

b. Numerator

Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan.

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan.

e. Standar : $\leq 0,24\%$ $\leq 2,4/1000$ (international) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)

9. Kejadian pulang paksa
 - a. Definisi operasional
Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter.
 - b. Numerator
Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan.
 - d. Standar : $\leq 5\%$

10. Kepuasan pelanggan
 - a. Definisi operasional
Pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (Dalam prosen)
 - c. Denominator
Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
 - d. Standar : $\geq 90\%$

11. Rawat inap TB: untuk RS yang telah melaksanakan TB DOTS
 - A. Rawat inap TB : Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
 - a. Definisi operasional
Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis (SPS) pada suspek TB.
 - b. Numerator
Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB (SPS) di RS dalam 3 bulan.
 - c. Denominator
Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
 - d. Standar : 60%
 - B. Rawat inap TB : Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
 - a. Definisi operasional
Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat di rumah sakit.
 - b. Numerator

- Jumlah seluruh pasien TB di RS yang dicatat (TB01) dan dilaporkan.
- c. Denominator
Seluruh kasus TB yang diobati di rumah sakit.
- d. Standar : 60%
12. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS yg memberikan pelayanan jiwa
- a. Definisi operasional
Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit Jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
- b. Numerator
Jenis-jenis pelayanan rawat inap Rumah Sakit Jiwa
- c. Denominator
Tidak ada
- d. Standar : Minimal NAPZA, gangguan psikotik, gangguan neurotik , mental organik.
13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
- a. Definisi operasional
Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
- b. Numerator
Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan.
- c. Denominator
Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
- d. Standar : 100%
14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan
- a. Definisi operasional
Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan di rumah sakit jiwa
- b. Numerator

Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu 1 bulan.

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan

d. Standar : 100%

15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

a. Definisi operasional

Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit yang efektif

b. Numerator

Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu

c. Denominator

Tidak ada

d. Standar : ≤ 6 minggu

D. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kegiatan Pelayanan Bedah

1. Waktu tunggu operasi elektif

a. Definisi Operasional

Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

b. Numerator

Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan

c. Denominator

Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan tersebut

d. Standar : ≤ 2 hari

2. Kejadian kematian di meja operasi

a. 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

b. Numerator

Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu tahun

c. Denominator

Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan

d. Standar : $\leq 1\%$

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

a. 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 sisi kiri atau sebaliknya.

b. Numerator

Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan

c. Denominator

Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan

d. Standar : 100%

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

a. Definisi Operasional

Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah

b. Numerator

Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan

c. Denominator

Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan

d. Standar : 100%

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

a. Definisi Operasional

Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan

b. Numerator

Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi

- jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
- c. Denominator
Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
- d. Standar : 100%
6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
- a. Definisi Operasional
Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
- b. Numerator
Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
- c. Denominator
Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
- d. Standar : 100%
7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube
- a. Definisi Operasional
Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
- b. Numerator
Jumlah pasien yang, mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
- c. Denominator
Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
- d. Standar : $\leq 6 \%$

E. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan Neonatologi

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan
- a. Definisi operasional
Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan,

preeklamsia, dan sepsis.

- Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.
- Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trisemester kedua, pre eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:
 1. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic >110 mmHg.
 2. Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif
 3. Oedem tungkai
- Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.
- Sepsis adalah tanda-tanda sepsi yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

b. Numerator

Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab).

c. Denominator

Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre eklampsia /eklampsia dan sepsis

d. Standar : perdarahan $\leq 1\%$, pre eklampsia $\leq 30\%$, dan sepsis $\leq 0,2\%$

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

a. Definisi operasional

Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan.

b. Numerator

Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal

c. Denominator

Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal

d. Standar : 100%

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

a. Definisi operasional

Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah TIM

PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)

b. Numerator

Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.

c. Denominator : tidak ada

d. Standar : tersedia

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

a. Definisi operasional

Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi.

b. Numerator

Jumlah tenaga dokter Sp.OG,dokter spesialis anak,dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi

c. Denominator

Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi.

d. Standar : 100%

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr

a. Definisi operasional

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500gr

b. Numerator

Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani.

c. Denominator

Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani

d. Standar : 100%

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

a. Definisi operasional

Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensia

b. Numerator

Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan

c. Denominator

Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan

d. Standar: $\leq 20\%$

7. Keluarga Berencana

A. Presentase KB Vasektomi & tubektomi yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. SpOG, dr. Sp.B, dr. SP.U, dokter umum terlatih

a. Definisi operasional

Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi.

b. Numerator

Jenis pelayanan KB mantap

c. Denominator

Jumlah peserta KB

d. Standar : 100%

B. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih

a. Definisi operasional

Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien

b. Numerator

Jumlah konseling layanan KB mantap

c. Denominator

Jumlah peserta konseling KB mantap

d. Standar : 100%

8. Kepuasan pelanggan

a. Definisi operasional

Pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan

b. Numerator

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

c. Denominator

Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)

d. Standar : $\geq 80\%$

F. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Intensif

1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72
 - a. Definisi operasional
Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam
 - b. Numerator
Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam dalam 1 bulan
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
 - d. Standar : $\leq 3\%$

2. Pemberi pelayanan Unit Intensif
 - a. 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
 - b. Numerator
Jumlah tenaga dokter Sp. An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
 - d. Standar : 100%

G. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Laboratorium

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
 - a. Definisi operasional
Tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
 - c. Denominator
Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut

d. Standar : ≤ 140 menit (manual)

2. Pelaksana ekspertisi

a. Definisi operasional

Pelaksana ekspertisi 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 pada dokter yang meminta.

b. Numerator

Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan

c. Denominator

Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan

d. Standar : 100%

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

a. Definisi operasional

Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang

b. Numerator

Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan

c. Denominator

Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut.

d. Standar : 100%

4. Kepuasan Pelanggan

a. Definisi operasional

Pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.

b. Numerator

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

c. Denominator

Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)

d. Standar : $\geq 80\%$

H. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Radiologi

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
 - a. Definisi operasional
Tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
 - c. Denominator
Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
 - d. Standar : ≤ 3 jam

2. Pelaksana ekspertisi
 - a. Definisi operasional
Pelaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen / pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
 - b. Numerator
Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
 - d. Standar : 100%

3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen
 - a. Definisi operasional
Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
 - b. Numerator
Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
 - d. Standar : ≤ 2 %

4. Kepuasan Pelanggan

a. Definisi operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi.

b. Numerator

Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas

c. Denominator

Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)

d. Standar : $\geq 80\%$

I. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Rehabilitasi Medik

1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan

a. Definisi operasional

Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.

b. Numerator

Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan

d. Standar : $\leq 50\%$

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

a. Definisi operasional

Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidakmemberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai dengan pedoman / standar pelayanan rehabilitasi medik.

b. Numerator

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.

c. Denominator

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan

d. Standar : 100%

3. Kepuasan Pelanggan

a. Definisi operasional

Pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

b. Numerator

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

c. Denominator

Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)

d. Standar : $\geq 80\%$

J. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Farmasi

1. Waktu tunggu pelayanan

A. Obat jadi

a. Definisi operasional

Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi.

b. Numerator

Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan

c. Denominator

Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.

d. Standar : ≤ 30 menit

B. Racikan

a. Definisi operasional

Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai menerima obat racikan

b. Numerator

Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan

c. Denominator

Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut

d. Standar : ≤ 60 menit

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
 - a. Definisi operasional
Kesalahan pemberian obat meliputi: salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang, dan salah jumlah.
 - b. Numerator
Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei.
 - d. Standar :100%
3. Kepuasan pelanggan
 - a. Definisi operasional
Pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
 - b. Numerator
Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
 - c. Denominator
Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
 - d. Standar : $\geq 80\%$
4. Penulisan resep sesuai formularium
 - a. Definisi operasional
Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
 - b. Numerator
Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
 - c. Denominator
Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
 - d. Standar :100%

K. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
 - a. Definisi operasional
Ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan.

- b. Numerator
Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
- c. Denominator
Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
- d. Standar : $\geq 90\%$

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

- a. Definisi operasional
Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
- b. Numerator
Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan.
- c. Denominator
Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan.
- d. Standar : $\leq 20\%$

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

- a. Definisi operasional
Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
- b. Numerator
Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
- c. Denominator
Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
- d. Standar : 100%

L. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Transfusi Darah.

- 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi
 - a. Diisi sesuai dengan pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi.
 - b. Numerator
Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan.

- c. Denominator
Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan
- d. Standar : 100%

2. Kejadian Reaksi tranfusi

- a. Definisi operasional
Reaksi tansfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat tranfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat tranfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian tranfusi darah.
- b. Numerator
Jumlah kejadian reaksi tranfusi dalam satu bulan
- c. Denominator
Jumlah seluruh pasien yang mendapat tranfusi dalam satu bulan
- d. Standar : $\leq 0,01\%$

M. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Maskin

- 1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
 - a. Definisi operasional
Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
 - b. Numerator
Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan.
 - c. Denominator
Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
 - d. Standar : 100%

N. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Rekam Medik

- 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
 - a. Definisi operasional
Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan
 - b. Numerator
Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap.

c. Denominator

Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.

d. Standar : 100%

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

a. Definisi operasional

Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

b. Numerator

Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.

c. Denominator

Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan.

d. Standar : 100%

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

a. Definisi operasional

Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.

b. Numerator

Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati

c. Denominator

Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)

d. Standar : rerata \leq 10 menit

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

a. Definisi operasional

Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang 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.

b. Numerator

Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati

c. Denominator

Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati

d. Standar : rerata \leq 15 menit

O. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Limbah

1. Baku mutu limbah cair

a. Definisi operasional

Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolehir dan diukur dengan indicator :

BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter

COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter

TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter

PH : 6-9

b. Numerator

Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu

c. Denominator

Jumlah seluruh pemeriksaan

d. Standar : 100%

2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan

a. Definisi operasional

Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat 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 yang berlaku.

- b. Numerator
Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati.
- c. Denominator
Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
- d. Standar : 100%

P. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Administrasi dan Manajemen

- 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
 - a. Definisi operasional
Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
 - b. Numerator
Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan.
 - c. Denominator
Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan.
 - d. Standar :100%

- 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
 - a. Definisi Operasional
Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.
 - b. Numerator
Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
 - c. Denominator

Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun.

d. Standar :100%

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

a. Definisi Operasional

Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober.

b. Numerator

Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun

c. Denominator

Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.

d. Standar : 100%

4. Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala

a. Definisi Operasional

Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)

b. Numerator

Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.

c. Denominator

Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.

d. Standar : 100%

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

a. Definisi Operasional

Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.

b. Numerator

Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun.

c. Denominator

Jumlah seluruh karyawan rumah sakit.

d. Standar : $\geq 60\%$

6. Cost recovery

a. Definisi Operasi

Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.

b. Numerator

Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan.

c. Denominator

Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan.

d. Standar : $\geq 40\%$

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

a. Definisi Operasional

Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya.

b. Numerator

Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan.

c. Denominator

Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan.

d. Standar :100%

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

a. 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.

b. Numerator

Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan.

c. Denominator

Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan.

d. Standar : ≤ 2 jam

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

a. Definisi Operasional

Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.

b. Numerator

Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif

c. Denominator: 6

d. Standar :100%

Q. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah

a. Definisi Operasional

Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.

b. Numerator

Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan

c. Denominator

Jumlah hari dalam bulan tersebut

d. Standar : 24 jam

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di Rumah Sakit

a. Definisi Operasional

Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit.

b. Numerator

Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan.

c. Denominator

Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu

bulan.

d. Standar : 24 jam

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

a. Definisi Operasional

Waktu tempuh/ kecepatan ambulance untuk memeberikan layanan dari mulai awal masyarakat menghubungi/ memesan ambulance ke rumah sakit hingga ambulance tersebut sampai ke tempat tujuan (yang memesan ambulance).

b. Numerator

Waktu yang dibutuhkan dari masyarakat yang menghubungi rumah sakit sampai ke penanggung jawab ambulance.

c. Denominator

Waktu yang dibutuhkan oleh pihak ambulane dari masyarakat yang memesan ambulance hingga ambulance tersebut sampai ke tempat masyarakat yang memesan.

d. Standar : Sesuai ketentuan daerah

R. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

a. Definisi Operasional

Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas

b. Numerator

Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan

c. Denominator

Total pasien yang diamati dalam satu bulan

d. Standar : ≤ 2 jam

S. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Pemeliharaan Sarana

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

a. 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.

b. Numerator

Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan

c. Denominator Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan.

d. Standar : $\geq 80\%$

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

a. Definisi Operasional

Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.

b. Numerator

Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan

c. Denominator

Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan.

d. Standar : 100%

3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

a. Definisi Operasional

Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)

b. Numerator

Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun.

c. Denominator

Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun.

d. Standar : 100 %

T. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Pemeliharaan Laundry

1. Tidak adanya linen yang hilang
 - a. Definisi Operasional
Tidak ada
 - b. Numerator
Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan.
 - c. Denominator
Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
 - d. Standar : 100 %

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
 - a. Definisi Operasional
Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
 - b. Numerator
Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
 - c. Denominator
Jumlah hari dalam satu bulan
 - d. Standar : 100 %

U. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Pemeliharaan Pengendalian Infeksi

1. Ada anggota tim PPI yang terlatih
 - a. Definisi Operasional
Tim PPI yang terlatih adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
 - b. Numerator
Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
 - c. Denominator
Jumlah anggota tim PPI
 - d. Standar : 75%

2. Tersedia APD di setiap instalasi/department
 - a. Definisi Operasional
Alat pelindung diri adalah alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti : masker, sarung tangan

- karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
 - b. Numerator
 - Jumlah instalasi yang menyediakan APD
 - c. Denominator
 - Jumlah instalasi di rumah sakit
 - d. Standar : 60%
3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum satu parameter)
- a. Definisi Operasional
 - Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit. Minimal satu parameter, antara lain : ILO (Infeksi Luka Operasi), ILI (Infeksi Luka Infus), VAP (Ventilator Assosiated Pneumonie), ISK (Infeksi Saluran Kemih)
 - b. Numerator
 - Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
 - c. Denominator
 - Jumlah instalasi yang tersedia.
 - d. Standar : 75%

V. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Haemodialisa

1. Respon Time
- a. Definisi Operasional
 - Rentang waktu saat pasien datang sampai mendapatkan pelayanan dari petugas Ruang Hemodialisis
 - b. Numerator
 - Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak pasien datang sampai mendapatkan pelayanan, yang disurvei secara acak
 - c. Denominator
 - Jumlah pasien yang disurvei
 - d. Standar : 100%
2. Waktu Penusukan Akses Vaskuler (Cimino)
- a. Definisi Operasional
 - Waktu Penusukan Akses Vaskuler (Cimino)

- b. Numerator
Waktu yang diperlukan untuk insersi jarum / penusukan pada pembuluh darah yang telah dibuat shunt untuk kepentingan tindakan hemodialisis
 - c. Denominator
Jumlah tindakan HD pada pasien yang menggunakan akses Vaskuler Cimino
 - d. Standar : 100%
3. Waktu penusukan Akses Vaskuler Arteri radialis/brachialis / Vena IFemoralis
- a. Definisi Operasional
Waktu penusukan Akses Vaskuler Arteri radialis/ brachialis/ Vena IFemoralis
 - b. Numerator
Jumlah tindakan pelayanan hemodialisis yang menggunakan akses vaskuler arteri radialis / brachialis ataupun vena femoralis yang memerlukan waktu kurang dari standar waktu yang diperlukan (30 menit)
 - c. Denominator
Jumlah tindakan HD yang menggunakan akses Vaskuler arteri radialis / brachialis ataupun vena femoralis
 - d. Standar : 100%
4. Angka Kematian Durante HD
- a. Definisi Operasional
Kematian yang terjadi pada saat pasien menjalani hemodialisis Angka Kematian Durante HD
 - b. Numerator
Jumlah pasien yang meninggal dunia saat menjalani hemodialisi selama 1 bulan
 - c. Denominator
Jumlah tindakan HD dalam waktu 1 bulan
 - d. Standar : 100%

INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD GAMBIRAN KOTA KEDIRI

No	Indikator Kinerja	Standar	Tahun 2014		Target Capaian di Tahun					KET
			Target	Realisasi	2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. INSTALASI GAWAT DARURAT										
1.	Kemampuan menangani Live Saving anak dan dewasa	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	
2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
3	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ALS/PPGD yang masih berlaku	100%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 Menit	5 Menit	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit	
6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70%	≥ 70%	70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	
7	Kematian Pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ 2 ‰	≤ 2,52 ‰	≤ 2 ‰	≤ 2 ‰	≤ 2 ‰	≤ 2 ‰	≤ 2 ‰	
8	Khusus RS Jiwa Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%	100%	77,14%	100%	100%	100%	100%	100%	

	9	Tidak adanya Pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2. RAWAT JALAN											
	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100%	87,50%	90%	90%	90%	90%	90%	
	2	Ketersediaan Pelayanan	terdapat a)Klinik anak b)Klinik Peny.Dalam c)Klinik Kebidanan d)Klinik Bedah (tersedia=1, tidak tersedia =0)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	terdapat a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gang Psikotik d.Gang.Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g.Usia Lanjut (tersedia =1 , tidak tersedia =0)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

	4	Jam buka pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	5	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	110 menit	90 menit	90 menit	90 menit	90 menit	90 menit	
	6	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	≥ 90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
	7	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB (untuk RS yang telah melaksanakan TB DOTS)	≥ 60%	≥ 60%	75%	80%	80%	80%	80%	80%	
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60%	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	RAWAT INAP										
	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	min kesehatan anak, PD, kebidanan, bedah (ada-1 , tidak ada =0)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	4	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	0,03%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
	6	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	4,10%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
	7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	≤ 0,24%	4,25%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	

9	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	≤ 5%	0,87%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	
10	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	≥ 90%	90,00%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
11	Rawat inap TB: untuk RS yang telah melaksanakan TB DOTS									
a	Rawat inap TB: Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	
b	Rawat inap TB: Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
12	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS yg memberikan pelayanan jiwa	Napsa, gangguan psikotik, gangguan neroti, mental organik (Ya= 1 tidak =0)	Napsa, gangguan psikotik, gangguan neroti, mental organik (Ya= 1 tidak =0)	100%	Napsa, gangguan psikotik, gangguan neroti, mental organik (Ya= 1 tidak =0)	Napsa, gangguan psikotik, gangguan neroti, mental organik (Ya= 1 tidak =0)	Napsa, gangguan psikotik, gangguan neroti, mental organik (Ya= 1 tidak =0)	Napsa, gangguan psikotik, gangguan neroti, mental organik (Ya= 1 tidak =0)	Napsa, gangguan psikotik, gangguan neroti, mental organik (Ya= 1 tidak =0)	
13	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
14	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
15	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	

4 INSTALASI BEDAH SENTRAL										
1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	2%	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	
2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	≤ 1 %	0%	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	≤ 6%	0%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	
5 PELAYANAN PERISTI										
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤1%	a. Perdarahan ≤1%	4,26%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	
		b. Pre-eklampsia ≤30%	b. Pre-eklampsia ≤30%	2,02%	≤30%	≤30%	≤30%	≤30%	≤30%	
		c. Sepsis ≤0,2%	c. Sepsis ≤0,2%	0,00%	≤0,2%	≤0,2%	≤0,2%	≤0,2%	≤0,2%	

2	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dr Sp. OG, Dr umum terlatih (asuhan persalinan normal), Bidan) 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih (tersedia=1 , tidak tersedia=0)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dr Sp. OG, dr Sp. A, Dr Sp An 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	≤ 20%	43,48%						
7	Keluarga Berencana :									
	a. Presentase KB (Vasektomi & tubektomi yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. SpOG, dr. Sp.B, dr. SP.U, dokter umum terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	b. Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
8	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	90%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	

6 PELAYANAN INTENSIF										
1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72	≤ 3 %	≤ 3 %	0%	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	
2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp Anestesi dan dokter sp sesuai kasus yang ditangani b. 100%Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara D4 100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7 INSTALASI LABORATORIUM										
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	130 menit	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	
2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. PK 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

	4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	90%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
8	INSTALASI RADIOLOGI										
	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	≤ 3 jam	3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	
	2	Pelaksana ekspertisi	100%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	0%	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	
	4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	95%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
9	INSTALASI REHABILITASI MEDIK										
	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %	≤ 50 %	0%	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	
	2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
10	INSTALASI FARMASI										
	1	Waktu tunggu pelayanan									
		a. Obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	32 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
		b. Racikan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	62 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	
	2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	75%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
	4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	

11 INSTALASI GIZI											
	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	99,97%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	
	2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	≤ 20%	4,64%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	
	3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	99,98%	100%	100%	100%	100%	100%	
12 BANK DARAH											
	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100% terpenuhi	100%	98,16%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2	Kejadian Reaksi tranfusi	≤ 0,01%	≤ 0,01%	0,03%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	
13 PELAYANAN MASYARAKAT MISKIN											
	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100% terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
14 REKAM MEDIK											
	1	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	100%	34,03%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100%	100%	52,66%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	15 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	
	4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	≤ 15 menit	≤ 15 menit	15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	

15 INSTALASI PENYEHATAN LINGKUNGAN/LIMBAH										
1	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	93,60%	100%	100%	100%	100%	100%	
16 ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN										
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	92,74%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	≥ 60%	81,63%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	
6	Cost recovery	≥ 40%	≥ 40%	61,89%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	91,67%	100%	100%	100%	100%	100%	
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	0,5 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

17 PELAYANAN AMBULANCE											
	1	Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
	2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
	3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	≤ 30 menit	30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
18 PELAYANAN JENAZAH											
	1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤2 jam	≤2 jam	2 jam						
19 PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA											
	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤80%	≤80%	50%	≤80%	≤80%	≤80%	≤80%	≤80%	
	2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	82,70%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	91,70%	100%	100%	100%	100%	100%	
20 INSTALASI LAUNDRY											
	1	Tidak adanya linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

21 PANITIA PENCEGAHAN DAN PENGENDALI INFEKSI											
	1	Ada anggota tim PPI yang terlatih	≥75%	≥75%	77,78%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	
	2	Tersedia APD di setiap instalasi/departement	≥60%	≥60%	80%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	
	3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum satu parameter)	≥75%	≥75%	98,72%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	
22 BIDANG KEPERAWATAN											
	1.	Ketersediaan Tenaga Terlatih									
		a. Pelatihan BLS	100%	380 (100%)	282 (74,21%)	100%	100%	100%	100%	100%	
		b. Pelatihan HD	100%	13 (100%)	4 (52%)	100%	100%	100%	100%	100%	
		c. Pelatihan ICU/ICCU	100%	0,16	12 (75%)	100%	100%	100%	100%	100%	
		d. Pelatihan NICU	100%	17 (80%)	4 (23,52%)	100%	100%	100%	100%	100%	
		e. Pelatihan Perawat Anestesi	100%	13 (100%)		100%	100%	100%	100%	100%	
		f. Pelatihan Ponex	100%	39 (100%)	5 (12,82%)	100%	100%	100%	100%	100%	
		g. Pelatihan CI	100%	60-70 (100%)	60 (85,71%)	100%	100%	100%	100%	100%	
		h. Pelatihan Scrub Ners	100%	33 (100%)	10 (30,30%)	100%	100%	100%	100%	100%	
		i. Pelatihan PPGD	100%	31 (100%)	30 (96,77%)	100%	100%	100%	100%	100%	

	2.	Ketersediaan tenaga keperawatan pendidikan dasar minimal D3	100%	173 (100%)	173 (100%)	100%	100%	100%	100%	100%	
	3.	Ketersediaan jumlah tenaga keperawatan dengan pendidikan dasar S1 Kep.	100%	306 (100%)	115 (37,6%)	100%	100%	100%	100%	100%	
	4.	Kelengkapan Alat Keperawatan	100%	90%	85,00%	100%	100%	100%	100%	100%	
	5.	Ketersediaan Linen di ruang perawatan	100%	80%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	
	6.	Persepsi pasien terhadap mutu ASKEP	100%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	
23	INSTALASI HEMODIALISIS										
	1.	Respon Time	100% (max.5 menit)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2.	Insersi Cimino	100% (max.10 menit)	100%	99,90%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3.	Insersi vena femoralis / arteri	100% (max.30 menit)	100%	98,06%	100%	100%	100%	100%	100%	
	4.	Waktu persiapan HD dengan Dobel lumen	≥50% (max. 10 menit)	≤ 1%	0,08%	50%	50%	50%	50%	50%	
	5.	Angka kematian durante HD	≤ 1%	≤ 1%	0,08%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	
	6.	Insiden kesalahan dialiser	0%	0%	0,0%	0%	0%	0%	0%	0%	

	7.	Kelalaian menerima pasien baru dengan Hbs Ag (+)	0,001%	0,001%	0,0%	0,001%	0,001%	0,001%	0,001%	0,001%	
	8.	Komplikasi akses vaskuler	≤ 10%	10%	0,0%	10%	10%	10%	10%	10%	
	9.	Kepuasan pasien	80%	80%	80,00%	80%	80%	80%	80%	80%	
24. INSTALASI STERILISASI SENTRAL (CSSD)											
	1	Ketepatan penyediaan alat steril untuk semua Unit	3 jam	3 jam	3,4 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	
	2	Angka sterilitas alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	a. Tak terjadi kehilangan alat untuk pelayanan sterilisasi IRD, IRJA, IRNA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		b. Tak terjadi kehilangan alat dalam proses sterilisasi pemakaian di Unit IBS	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	
	4	Tidak terjadi kerusakan alat/instrument waktu proses sterilisasi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
25. SATUAN PENGAMANAN (SATPAM)											
	1.	Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan	100%	100%	30,00%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2.	Sistem Pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
	3.	Petugas Keamanan Keliling	setiap Jam	setiap Jam	Setiap Jam	setiap Jam	setiap Jam	setiap Jam	setiap Jam	setiap Jam	

4.	Evaluasi terhadap system Pengamanan	Setiap 3 Bulan	Setiap 3 Bulan	Setiap 3 Bulan	Setiap 3 Bulan	Setiap 3 Bulan	Setiap 3 Bulan	Setiap 3 Bulan	Setiap 3 Bulan	
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	

WALIKOTA KEDIRI,

ttd.

ABDULLAH ABU BAKAR

Salinan sesuai dengan aslinya
a.n. SEKRETARIS DAERAH KOTA KEDIRI
Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM,

ttd.

MARIA KARANGORA, SH.MM.

Pembina Tingkat I
NIP. 19581208 199003 2 001