



PEMERINTAH KABUPATEN DEMAK
SEKRETARIAT DAERAH
Jalan Kyai Singkil Nomor 7, Demak, Jawa Tengah 59511
Telepon (0291) 685877; Faksimile (0291) 685625
Laman setda.demakkab.go.id; Pos-el setda@demakkab.go.id

37

6 Sept. 2014

NOTA-DINAS

Yth. : SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN DEMAK
Dari : Plt. Kepala Bagian Hukum Setda
Tembusan : Plt. Asisten Pemerintahan dan Kesra
Tanggal :
Nomor : 180/
Sifat : Segera
Lampiran : -
Hal : Pengundangan Peraturan Bupati

Berdasarkan ketentuan dalam Pasal 123 ayat (1) dan ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah, Peraturan Bupati, Peraturan Bersama dan Peraturan DPRD yang telah ditetapkan diundangkan dalam Berita Daerah, kecuali ditentukan lain di dalam peraturan perundang-undangan yang bersangkutan.

Bersama ini kami sediakan dengan hormat, pengundangan Peraturan Bupati tentang standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Di Daerah.

Demikian untuk menjadikan pemeriksaan dan selanjutnya mohon tandatangan.

Plt. Kepala Bagian Hukum,


Kendarsih Iriani, SH.MH
Pembina Utama Muda
NIP 197007081995032003



PEMERINTAH KABUPATEN DEMAK
DINAS KESEHATAN

Jalan Sultan Hadiwijaya Nomor 44 Demak 59515

Telepon (0291) 685934 Faksimile (0291) 685934

Laman : <http://dinkes.demakkab.go.id>; Pos-el : dinkes@dinkes.demakkab.go.id

NOTA DINAS

Kepada Yth : Bupati Demak
Dari : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Demak
Tembusan : 1. Sekretaris Daerah Kabupaten Demak
2. Plt. Asisten Pemerintahan Dan Kesra
3. Plt. Kepala Bagian Hukum
Tanggal : 18 September 2024
Nomor : 440/3591
Sifat : Segera
Lampiran : 1 Bendel
Perihal : Mohon Penandatanganan Rancangan Peraturan Bupati tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Kabupaten Demak Tahun 2024

Dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Kabupaten Demak, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Kabupaten Demak Tahun 2024. Selanjutnya kami mohon dengan hormat Ibu Bupati berkenan menandatangani rancangan Peraturan Bupati tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Kabupaten Demak Tahun 2024.

Demikian untuk menjadi periksa, dan atas perkenaan Ibu Bupati kami sampaikan terimakasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN DEMAK

Dr. Ali Maimun, M.Kes

Pembina Tingkat I

NIP. 19710410 2002121007

309/18014



**KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA
KANTOR WILAYAH JAWA TENGAH**

Jalan dr. Cipto No. 64 Semarang 50126 – Jawa Tengah Telepon: (024) 3543063 – Faksimile: (024) 3546795
Laman: www.jateng.kemenkumham.go.id, Surel: kanwil-jateng@kemenkumham.go.id

Nomor : W.13-PP.04.02-599 23 Agustus 2024
Sifat : Sangat Segera
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Penyampaian Hasil Pengharmonisasian, Pembulatan,
dan Pemantapan Konsepsi Rancangan Peraturan Bupati Demak

Yth. Sekretaris Daerah Kabupaten Demak
di tempat

Sehubungan dengan surat Saudara:

1. Nomor 180.18/1095/2024 Tanggal 26 Juli 2024 perihal Permohonan Harmonisasi, Pembulatan dan Pemantapan Konsepsi Ranperbup tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit di Kabupaten Demak;
2. Nomor 180.18/1188/2024 Tanggal 5 Agustus 2024 perihal Permohonan Harmonisasi, Pembulatan dan Pemantapan Konsepsi Ranperbup tentang Perubahan Rencana Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Demak Tahun 2024;
3. Nomor 180.18/1206/2024 Tanggal 7 Agustus 2024 perihal Permohonan Harmonisasi, Pembulatan dan Pemantapan Konsepsi Ranperbup tentang Tata Cara Pemungutan Pajak Barang dan Jasa Tertentu di Daerah;
4. Nomor 180.18/1205/2024 Tanggal 7 Agustus 2024 perihal Permohonan Harmonisasi, Pembulatan dan Pemantapan Konsepsi Ranperbup tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Demak Nomor 8 Tahun 2021 tentang Penataan dan Pemberdayaan Pedagang Kaki Lima;
5. Nomor 180.18/1231/2024 Tanggal 9 Agustus 2024 perihal Permohonan Harmonisasi, Pembulatan dan Pemantapan Konsepsi Ranperbup tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Demak Nomor 2 Tahun 2024 tentang Kawasan Tanpa Rokok;
6. Nomor 180.18/1232/2024 Tanggal 9 Agustus 2024 perihal Permohonan Harmonisasi, Pembulatan dan Pemantapan Konsepsi Ranperbup tentang Pedoman Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Kabupaten Demak,

bersama ini disampaikan bahwa Rancangan tersebut telah dilakukan pengharmonisasian, pembulatan, dan pemantapan konsepsi berdasarkan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 97D Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Sehubungan dengan hal tersebut Rancangan yang Saudara sampaikan dapat ditindaklanjuti ke tahapan selanjutnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.



Kepala Kantor Wilayah,



Ditandatangani secara elektronik oleh
Tejo Harwanto
NIP 196603291990031001

Tembusan Yth:

1. Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia;
2. Sekretaris Jenderal Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia;
3. Inspektur Jenderal Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia; dan
4. Direktur Jenderal Peraturan Perundang-undangan.

HASIL PENGHARMONISASIAN, PEMBULATAN, DAN PEMANTAPAN KONSEPSI
RANCANGAN PERATURAN BUPATI DEMAK

A. STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT DI KABUPATEN DEMAK

1. Judul

Sesuai dengan angka 4a Lampiran II Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang menentukan Untuk judul Rancangan Peraturan Perundang-undangan, sebelum judul ditambahkan kata RANCANGAN yang ditulis dengan huruf kapital dan untuk nomor dan tahun hanya ditulis tanda baca berupa 3 (tiga) titik (elipsis).

Frasa "KABUPATEN DEMAK" diubah menjadi "DAERAH".

Saran penulisan:

RANCANGAN
PERATURAN BUPATI DEMAK
NOMOR ... TAHUN ...
STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT
DI DAERAH

2. Konsiderans

Konsideran menimbang dalam raperbup ini disarankan memuat unsur filosofis, sosiologis, dan yuridis yang menjadi pertimbangan dan alasan pembentukan Raperbup yang penulisannya ditempatkan secara berurutan dari filosofis, sosiologis, dan yuridis.

3. Dasar Hukum

- Disarankan ditambahkan Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

4. Diktum

disesuaikan dengan saran judul.

5. Batang Tubuh

a. Pasal 2.

Saran rumusan:

- (1) Peraturan Bupati ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman bagi Rumah Sakit di Daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

b. Pasal 3.

Saran rumusan:

Rumah Sakit di Daerah menyediakan fasilitas pelayanan medis dan penunjang medis serta melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan, peningkatan dan rujukan.

c. Pasal 8.

Saran rumusan:

- (1) Rumah Sakit di Daerah menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (2) Direktur Rumah Sakit di Daerah bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

d. Pasal 9.

Saran rumusan:

- (1) Direktur Rumah Sakit di Daerah menyusun rencana kerja dan anggaran, target, dan upaya peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja di lingkungan Rumah Sakit di Daerah menyusun rencana kerja dan anggaran, target, dan upaya peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.

e. Pasal 10.

- Frasa "Kabupaten Demak" disarankan diubah menjadi "Daerah".
- Frasa "perangkat daerah yang membidangi urusan kesehatan" agar disempurnakan menjadi "perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan". Untuk selanjutnya agar dapat dimasukkan ke dalam ketentuan umum karena disebutkan berulang-ulang.
- Penulisan "orientamsi" terdapat kesalahan penulisan yang seharusnya "orientasi".

f. Pasal 11.

Saran rumusan:

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 87 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatah Kabupaten Demak (Berita Daerah Kabupaten Demak Tahun 2019 Nomor 87), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

B. PERUBAHAN RENCANA KERJA PERANGKAT DAERAH KABUPATEN DEMAK TAHUN 2024

1. Judul

Sesuai dengan angka 4a Lampiran II Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang menentukan Untuk judul Rancangan Peraturan Perundang-undangan, sebelum judul ditambahkan kata RANCANGAN yang ditulis dengan huruf kapital dan untuk nomor dan tahun hanya ditulis tanda baca berupa 3 (tiga) titik (elipsis).

Frasa "KABUPATEN DEMAK" dihapus.

Saran penulisan:

RANCANGAN
PERATURAN BUPATI DEMAK
NOMOR ... TAHUN ...

PERUBAHAN RENCANA KERJA PERANGKAT DAERAH TAHUN 2024

2. Konsiderans

Konsideran menimbang dalam raperbup ini disarankan memuat unsur filosofis, sosiologis, dan yuridis yang menjadi pertimbangan dan alasan pembentukan Raperbup yang penulisannya ditempatkan secara berurutan dari filosofis, sosiologis, dan yuridis.

3. Dasar Hukum

a. ditambahkan Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

b. angka 2, angka 4 sampai dengan angka 21 dihapus.

4. Diktum

disesuaikan dengan saran judul.

5. Batang Tubuh

a. Pasal 2

ayat (2) penomoran dan penulisan tabulasi disesuaikan dengan angka 92 Lampiran II Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011.

Contoh:

Pasal 2

(1)

(2) ... :

a.;

b.; (dan, atau, dan/atau)

c.

b. Pasal 3

Terdapat salah pengacuan – seharusnya Pasal 2 ayat (2).

c. Pasal 4

Rumusan perintah pengundangan dan penempatan dalam Berita Daerah diakhiri tanda baca titik.

C. PETUNJUK PELAKSANAAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN DEMAK NOMOR 8 TAHUN 2021 TENTANG PENATAAN DAN PEMBERDAYAAN PEDAGANG KAKI LIMA

1. Judul

Frasa "KABUPATEN DEMAK" disarankan untuk dihapus.

2. Konsiderans

Agar disusun ulang yang menjadi landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Bupati ini dikarenakan Pasal 8 Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2021 tidak memberikan delegasi langsung.

3. Dasar Hukum

a. Agar ditambahkan Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

b. Angka 1 agar ditambahkan .

4. Diktum

Agar disesuaikan dengan saran perubahan pada judul.

5. Batang Tubuh

a. Pasal 3

- ayat (2) huruf a frasa "lokasi PKL yang bersifat permanen (Zona Hijau/Zona *Zero Growth* PKL)" disesuaikan dengan Ketentuan Umum menjadi "Lokasi Permanen PKL (Zona Hijau/Zona *Zero Growth* PKL)". Berlaku untuk selanjutnya.

- ayat (2) huruf b frasa "lokasi PKL yang bersifat sementara (Zona Kuning PKL)" disesuaikan dengan Ketentuan Umum menjadi "Lokasi Sementara PKL (Zona Kuning PKL)". Berlaku untuk selanjutnya.

b. Pasal 4

- ayat (3) dan ayat (4) penulisan jamak diubah menjadi penulisan tunggal, "pusat-pusat" menjadi "pusat", "jam-jam" menjadi "jam".

c. Pasal 5

- ayat (1) frasa "lokasi larangan untuk tempat usaha PKL (Zona Merah/Zona Bersih PKL)" disesuaikan dengan Ketentuan Umum menjadi "Lokasi Larangan PKL (Zona Merah/Zona Bersih PKL)".

d. Pasal 7

- ayat (2) frasa "Kartu Tanda Penduduk" dan frasa "Kartu Keluarga" diawali huruf kecil tiap awal kata karena tidak ada dalam Ketentuan Umum. Berlaku untuk selanjutnya.

- ayat (2) kata "sesuai" dilengkapi menjadi "sesuai dengan".

- ayat (3) huruf a frasa " Kabupaten Demak" diubah menjadi "Daerah". Berlaku untuk selanjutnya.

e. Pasal 8.

- Ayat (2) dan (4), frasa "Dinas Perdagangan, Koperasi, Usaha Kecil dan Menengah Kabupaten Demak" disarankan untuk diganti menjadi "Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan di bidang perdagangan, koperasi, dan usaha kecil menengah".

- Ayat (5), frasa "sanksi administrasi" diganti menjadi "sanksi administratif".

f. Pasal 9.

- Ayat (1), disarankan ditambah acuan.
- Ayat (1), frasa "paling sedikit" berdasarkan Pasal 256a Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022, untuk menyatakan suatu kriteria atau persyaratan yang sekurang-kurangnya harus dipenuhi, gunakan kata "minimal".
Saran: frasa "paling sedikit" diganti "minimal".
- Ayat (1) huruf c, perlu diperjelas frasa "pas photo terbaru" menjadi "pas photo terbaru pemohon".
- Ayat (2), dirumuskan kembali.
Saran rumusan:
Formulir permohonan Izin PKL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

g. Pasal 10.

Penulisan rincian tidak diawali dengan huruf kapital.

h. Bab V Pemandangan PKL.

Disarankan untuk menambah materi muatan mengenai:

- Siapa yang melakukan pendataan
- Siapa yang melakukan sosialisasi
- Siapa yang melakukan pemindahan/relokasi
- Siapa yang menetapkan lokasi pemindahan PKL

i. Pasal 11.

- Ayat (4), disarankan ditambah acuan.

j. Pasal 12 ayat (2) huruf g.

Belum disebutkan dalam raperbup ini bentuk sanksinya

Saran:

Ditambahkan bentuk sanksinya.

k. Pasal 13

- Ayat (1) agar disempurnakan menjadi:
PKL yang menempati lokasi yang tidak sesuai dengan peruntukannya sebagaimana diatur dalam Pasal 4 .dapat dilakukan pemindahan dan penghapusan PKL.
- Ayat (2) agar disempurnakan menjadi:
Mekanisme penghapusan lokasi PKL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. melakukan pendataan terhadap seluruh PKL yang menempati lokasi PKL yang akan dihapus;
 - b. melakukan sosialisasi tentang rencana penghapusan lokasi PKL paling lama 2 (dua) bulan sebelum waktu penghapusan; dan
 - c. menyiapkan lokasi tempat usaha PKL pengganti lokasi PKL yang akan dihapus paling lama 1 (satu) bulan sesudah penyiapan lokasi pengganti.
- Ayat (2) huruf e disarankan dibuat ayat tersendiri, sehingga diubah menjadi:
(3) Pemindahan dan penghapusan lokasi PKL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

I. Pasal 14 dan Pasal 15

- Ayat (1) agar disempurnakan menjadi:

Pasal 14

- (1) Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan penataan dan pemberdayaan PKL.
- (2) Penataan dan pemberdayaan PKL sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang perdagangan, koperasi, usaha kecil dan menengah.

- Ayat (2)

Untuk rumusan tabulasi disarankan diawali dengan huruf kecil kecuali yang sudah tercantum dalam ketentuan umum.

D. PETUNJUK PELAKSANAAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN DEMAK NOMOR 2 TAHUN 2024 TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK

1. Batang Tubuh

a. Pasal 6

- ayat (2) dikaji kembali penggunaan kata "wajib", dalam Pasal 9 Peraturan Daerah Kabupaten Demak Nomor 2 Tahun 2024 tentang Kawasan Tanpa Rokok menggunakan kata "dapat".

b. Pasal 7

- ayat (2) dicermati kembali pasal acuannya.

c. Bab IV

- Bab IV Hak, Kewajiban, Larangan dan Tanggung Jawab dikaji kembali apakah diperlukan dalam Raperbup ini.

d. Pasal 10 Ayat (2).

Larangannya disarankan disesuaikan dengan Pasal 8 ayat (2) Perda Kabupaten Demak Nomor 2 Tahun 2024 tentang Kawasan Tanpa Rokok, agar sesuai karena raperbup ini merupakan pelaksanaan dari perda tersebut, dan ditabulasi.

e. Pasal 11

- Ayat (1), frasa "Perangkat Daerah yang mempunyai tugas dan fungsi dalam urusan kesehatan" diganti menjadi "Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan". Hal ini berlaku untuk pasal dan ayat selanjutnya.
- Ayat (2) huruf a, penulisan kata "daerah" diawali dengan huruf kapital menjadi "Daerah".

f. Pasal 12 huruf a

Ditambahkan konjungsi.

g. Pasal 13 ayat (2)

Disesuaikan marginnya.

h. Pasal 14 ayat (1) huruf g.

Ditambahkan konjungsi.

E. PEDOMAN PELAKSANAAN INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI KABUPATEN DEMAK

1. Judul

Sesuai dengan angka 4a Lampiran II Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang menentukan Untuk judul Rancangan Peraturan Perundang-undangan, sebelum judul ditambahkan kata RANCANGAN yang ditulis dengan huruf kapital dan untuk nomor dan tahun hanya ditulis tanda baca berupa 3 (tiga) titik (elipsis).

Frasa "KABUPATEN DEMAK" diubah menjadi "DAERAH".

Saran penulisan:

RANCANGAN
PERATURAN BUPATI DEMAK
NOMOR ... TAHUN ...
PEDOMAN PELAKSANAAN INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER
DI DAERAH

2. Konsiderans

Huruf d nama Peraturan Bupati disesuaikan dengan saran judul.

3. Dasar Hukum

a. ditambahkan Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

b. angka 3 sampai dengan angka 7 dihapus.

4. Diktum

disesuaikan dengan saran judul.

5. Batang Tubuh

a. Pasal 1

angka 5, angka 7 dan angka 11 dihapus karena tidak ada dalam materi muatan.

b. Pasal 2

- disarankan frasa "pemangku kepentingan terkait", kata "instansi" diuraikan agar lebih jelas.

- frasa "Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer" ditulis "ILP" sesuai singkatan dalam Ketentuan Umum. Berlaku untuk selanjutnya.

c. Pasal 3

Disarankan untuk dijabarkan yang dimaksud dengan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.

d. Pasal 4

- huruf c kata "*dashboard*" disarankan diberikan padanann kata dalam Bahasa Indonesia.

- Disarankan ditambahkan acuan.

e. Bab IV

saran penulisan:

PENERAPAN ILP

- f. Bab V
saran penulisan:
POLA KERJA ILP
- g. Pasal 6
- ayat (2) dan ayat (4) penulisan rincian tabulasi disesuaikan dengan ketentuan angka 87 Lampiran II Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011.
 - ayat (3) saran rumusan:
Setiap klaster sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit terdiri atas penanggung jawab dan anggota.
- h. Pasal 8
- ayat (1) dihapus, bukan merupakan norma dan sudah ada dalam Ketentuan Umum.
- i. Pasal 9
- Agar disebutkan secara detail terkait subjek yang termasuk “tim koordinasi tingkat kabupaten” meliputi siapa saja
 - Untuk penyebutan “Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer” agar disesuaikan dengan angka 6 ketentuan umum. Hal ini juga berlaku untuk penyebutan dipasal-pasal selanjutnya.
- j. Pasal 10
- Agar disebutkan Perangkat Daerah yang bertanggung jawab melaksanakan monitoring dan evaluasi dimaksud.
 - Frasa “sekurang-kurangnya” agar diubah menjadi “paling sedikit”.
- k. Pasal 11
- Frasa “dalam rangka” disarankan untuk dihapus.
- Frasa “integrasi pelaksanaan kesehatan primer” disarankan diubah menjadi “ILP”.

F. TATA CARA PEMUNGUTAN PAJAK BARANG DAN JASA TERTENTU DI DAERAH

1. Konsiderans

Disesuaikan dengan ketentuan angka 19 lampiran II UU 12/2011, yaitu memuat unsur filosofis, sosiologis, dan yuridis yang ditempatkan secara berurutan.

Saran:

- Unsur filosofis perlu ditambahkan nilai Pancasila dan UUD 1945.
- Unsur sosiologis perlu dirumuskan kembali, karena belum mencerminkan unsur sosiologis sebagaimana ketentuan angka 19 lampiran II UU 12/2011, yaitu menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek.

2. Dasar Hukum

Agar ditambahkan Undang-Undang tentang Pembentukan Daerah.

3. Diktum

Untuk konsistensi, agar disesuaikan dengan judul Rancangan Peraturan Bupati.

5. Batang Tubuh

a. Pasal 1

- Angka 4 Disarankan untuk menggunakan “Dinas” atau diberikan batasan pengertian secara umum berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah, karena terdapat batasan pengertian “Badan” pada angka 9 Ketentuan Umum.

Saran:

Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang pajak daerah.

Atau

Dinas adalah perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang pajak daerah

- Angka 10 terdapat salah penulisan – seharusnya “badan”.
- Angka 17 perlu dikaji kembali pencantumannya karena hanya disebutkan 1 kali di batang tubuh dalam Pasal 7 ayat (1).
- Angka 20, untuk frasa “Peraturan Kepala Daerah” disarankan untuk diubah menjadi “Peraturan Bupati”.
- Angka 24, frasa “Kepala Daerah” disarankan untuk diubah menjadi “Bupati”.

b. Pasal 4

- Kata “adalah” disarankan diubah menjadi “merupakan”.
- Frasa “yang dikecualikan” disarankan diubah menjadi “dikecualikan”. Hal ini juga berlaku untuk pasal-pasal berikutnya.
- Ayat (2) agar disesuaikan dengan rumusan dalam Pasal 3 ayat (3) huruf a Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pemungutan Pajak Barang dan Jasa Tertentu Atas Tenaga Listrik.

Saran:

- a. Konsumsi tenaga listrik oleh instansi pemerintah, pemerintah daerah, dan penyelenggara negara lainnya;

c. Pasal 6

- Ayat (1) huruf a Jika merupakan norma disarankan untuk dihapus tanda baca kurungnya.
- Ayat (2) huruf c, kata “azas” disarankan diubah menjadi “asas”.

d. Pasal 7

- ayat (2) frasa “Yang dikecualikan” diperbaiki menjadi “Dikecualikan”, kata “adalah” diubah menjadi “diubah”.

e. Pasal 14

- Ayat (1) – merujuk ketentuan Pasal 51 Peraturan Pemerintah Nomor 35 Tahun 2022 disebutkan bahwa:
“...kepada Kepala Daerah atau Pejabat yang ditunjuk”.
- Ayat (3) – agar rumusannya dilengkapi sehingga menjadi:
“...dapat menerbitkan nomor registrasi, NOPD atau jenis penomoran lain yang dipersamakan untuk jenis pajak yang memerlukan pendaftaran objek Pajak”.
- Ayat (6) – merujuk ketentuan Pasal 51 ayat (7) disebutkan bahwa:
“Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikecualikan untuk:

- Wajib Pajak PBBKB, termasuk pemungut PBBKB, yang berstatus badan usaha milik negara atau badan usaha milik daerah; dan
- Wajib Pajak penyedia Tenaga Listrik yang berstatus badan usaha milik negara atau badan usaha milik daerah”

f. Pasal 16 ayat (1)

Agar ditambahkan frasa “dalam tahun pajak” sebelum frasa atau bagian tahun pajak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan...”.



Kepala Kantor Wilayah,



Disandatangani secara elektronik oleh

Tejo Harwanto

NIP 19660329199003100



BUPATI DEMAK
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI DEMAK
NOMOR TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT
DI KABUPATEN DEMAK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI DEMAK,

- Menimbang :
- a. bahwa standar pelayanan minimal dimaksudkan untuk menjamin ketersediaan, keterjaminan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang merupakan salah satu persyaratan administrasi yang harus terpenuhi;
 - b. bahwa Rumah Sakit di Kabupaten Demak sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit di Kabupaten Demak dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan Masyarakat;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit di Kabupaten Demak;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
 4. 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);
 5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

*Jenis huruf Berman 06 Ang
Font dan Spasi disesuaikan*

gicabur dg UU 17/2023

~~8~~ Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

~~7~~ Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

~~8~~ Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan; (LN, TLN)

39. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang; (LN, TLN)

~~10~~ Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; (LN, TLN)

~~11~~ Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum; *Sebagaimana telah diubah 7/2012* (LN, TLN)

~~12~~ 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); *Diubah PP 2/201*

~~13~~ Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);

~~14~~ Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (LN, TLN)

~~15~~ Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/ Menkes/ SK/ VI/ 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital by Laws);

~~16~~ Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);

~~17~~ Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah; (BN)

13-18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ Menkes/ SK/ III/ 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; *(2018)?*

~~19~~ Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);

~~20~~ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2023 tentang Pedoman Nomenklatur Perangkat Daerah Dan Unit Kerja Pada Perangkat Daerah Yang Menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan; (BN)

21. Peraturan Bupati Demak Nomor 4 Tahun 2018 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Pada Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Demak (Berita D Kabupaten Demak Tahun 2018 Nomor 4); *2018*

~~9~~

~~Permendagri 6/2012~~

Permendagri 59/2021
7. tentang Penerapan SPM

Permendes 6/2014

14 Perda Kab. Demak
Nomor 1/2019
(LD, TLD)

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT DI KABUPATEN DEMAK.

BAB I
TENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Demak.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Demak.
4. ~~Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Sistem yang diterapkan oleh (UPTD) dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengolahan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.~~ *panjangan*
5. ~~Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.~~
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
7. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau ~~tolak ukur~~ *tolak* ~~ukur~~ prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

Direktur Rumah Sakit ?

*A. Ketentuan Umum terkait Rumah Sakit ?
(sesuai UU 17/2023 pasal 1 angka 10)*

~~Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat~~

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Penyusunan SPM dimaksudkan untuk memberikan pedoman bagi Rumah Sakit di Kabupaten Demak dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit.
- (2) Penyusunan SPM bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target, cara perhitungan/ rumus/ pembilang dan penyebut/ standar/ satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

seluruh garis tanpa spasi

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR KINERJA DAN TARGET

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

Rumah Sakit di Kabupaten Demak menyediakan fasilitas pelayanan medis dan penunjang medis serta melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) dan rujukan.

Pasal 4

Jenis pelayanan medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan persalinan dan perinatology; dan
- f. pelayanan intensif.

Pasal 5

Jenis pelayanan penunjang medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 meliputi:

- a. pelayanan radiologi;
- b. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- c. pelayanan rehabilitasi medik;
- d. pelayanan farmasi;
- e. pelayanan gizi;
- f. pelayanan transfuse darah;
- g. pelayanan gakin;
- h. pelayanan rekam medik;
- i. pelayanan pengolahan limbah;
- j. pelayanan administrasi manajemen;
- k. pelayanan ambulance/ kereta jenazah;
- l. pelayanan pemulasaran jenazah;
- m. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- n. pelayanan laundry; dan
- o. pelayanan pencegahan pengendalian infeksi.

Bagian Kesatu
Indikator Kinerja dan Target

Pasal 6

- (1) Indikator kinerja dan target digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan tujuan dan ruang lingkup pelayanan.
- (2) Indikator kinerja dan target sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 7

- (1) Indikator kinerja dan target sebagaimana dimaksud dalam ^Pasal 6 ayat (1) menjadi acuan dalam pemberian pelayanan medis dan penunjang medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan Pasal 5.
- (2) Uraian SPM berdasarkan jenis pelayanan medis dan penunjang medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 8

- (1) Rumah Sakit di Kabupaten Demak menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (2) Direktur Rumah Sakit di Kabupaten Demak bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai ~~dengan~~ ^{ketentuan} peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 9

- (1) Direktur Rumah Sakit di Kabupaten Demak menyusun rencana kerja dan anggaran, target, dan upaya peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja di lingkungan Rumah Sakit di Kabupaten Demak menyusun rencana kerja dan anggaran, target, dan upaya peningkatan mutu pelayanan berdasarkan SPM.

BAB
REMBUNGAN DAN PENGAWASAN

ISAH VI
KETENTUAN PERALIHAN
Pencabutan Perbup ^{Pasal 10} 87 / 2019

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. ^{enter} Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Demak.

Ditetapkan di Demak
pada tanggal ~~Juni 2024~~

BUPATI DEMAK,

EISTI'ANAH

Diundangkan di Demak
pada tanggal ~~Juni 2024~~

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN DEMAK,

AKHMAD SUGIHARTO

BERITA DAERAH KABUPATEN DEMAK TAHUN 2024 NOMOR ...

BAB VII
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 10

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Demak Nomor 87 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatch Kabupaten Demak, ^{(Berita Daerah} dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

LAMPIRAN
 PERATURAN BUPATI DEMAK
 NOMOR TAHUN 2024
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 PADA RUMAH SAKIT DI KABUPATEN
 DEMAK

**URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 PADA RUMAH SAKIT DI KABUPATEN DEMAK**

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah Upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD

Judul	Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki salah satu sertifikat pelatihan ATL/ BTLS/ ACLS/ PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan Kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Unit yang membidangi pendidikan dan pelatihan

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas`
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
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.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalas Gawat Darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu/ panitia Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 70
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim mutu/ panitia Mutu

7. Kematian Pasien < 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien < 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode < 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di tangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Kematian Pasien < 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di tangani di Gawat Darurat
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan klinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumahsakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal Kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter Spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan/ komite mutu/ tim Mutu

5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan/ Tim mutu/ panitia Mutu

6. a. Penegekan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 Bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

6. b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang Kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis dan perawat yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan Pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai tenaga dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu Bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis Pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal Kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap/komite medik/ panitia mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
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(kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite medik/ komite mutu/ tim mutu

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survey, laporan infeksi nosocomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap/ Komite medik/ Panitia Mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu Bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	0,24% ≤ 2,4/ 1000 (International) (NDR 25/ 1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/ tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlahs eluruh pasien yang dirawat dalam satu Bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/ tim mutu

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≤ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/ tim mutu

11. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 Bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

11. b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rata inap di rumah sakit
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektivitas,kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antri pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan Tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

2. Waktu kematian di meja operasi

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisis	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan Tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan Pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu Bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan Pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu Bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya Tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah Tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal Tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan Berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu Bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral / komite medis

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia dan sepsis</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua,</p> <p>pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic >110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai <p>Ekampsia adalah tanda pre-eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau Penolong</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia ≤ 30%, Sepsis ≤ 0,2%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan penyulit
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 Gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil Ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang Ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik / Komite mutu

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah Tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 Bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

7. Kepuasan pasien persalinan

Judul	Kepuasan pasien persalinan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite mutu / tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang Kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An, dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An, dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/ mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi (dibaca dan disimpulkan hasilnya)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiology

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang Meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiology
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan roentgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiology

4. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggan waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 140 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilaksanakan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan roentgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiology

4. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu / tim mutu

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang Direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 Bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan Tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan Tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

X. FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

1. b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: <ul style="list-style-type: none"> • Salah dalam memberikan jenis obat • Salah dalam memberikan dosis • Salah orang • Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada Pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada Pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≤ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfuse
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfuse darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfuse dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfuse dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 0,01 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD

XIII. PELAYANAN GAKIN**1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan**

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
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, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapat informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapat informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan Tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan / ditentukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sample penyediaan rekam mdeis yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
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.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indicator: BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 ng/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 30 ng/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

2. Pengolahan limbah pada berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah pada berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan- bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sisa jarum suntik Sisa Ampul Kasa bekas Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang Diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XVI. ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal). Indikator-indikator kinerja pada rencana strategic bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periode sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
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 karyawatn 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≤ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

7. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bag keuangan
Standar	≤ 40 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata usaha / Keuangan

8. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

9. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu Bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

10. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

XVII. AMBULANCE/ KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/ kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/ keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/ kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/ keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Ambulance/ kereta jenazah

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/ kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ kereta jenazah 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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/ kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/ kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/ kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance



PEMERINTAH KABUPATEN DEMAK
Sekretariat Daerah
Jln. Kyai Singkil No.7 Demak Telpn (0291) 685877

LEMBAR DISPOSISI		No. Agenda 481
Surat dari : Dinas Kesehatan		
Alamat : KABUPATEN DEMAK	Tgl Terima : 22 July 2024	
Nomor : 440/1926.1	Kode : 440	
Tanggal : 19 July 2024	Sifat : Segera	
Berkas : KESEHATAN	Lampiran : 1 bendel	
Perihal : KAJIAN PERBUP TENTANG PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT KABUPATEN DEMAK	Tindak Lanjut Non Balas	
Informasi : <i>KAJIAN PERBUP TENTANG PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT KABUPATEN DEMAK</i>		
Diteruskan Kepada : <i>Perutusan</i> <i>- Popok bayi</i> <i>- igema splan harmon</i>	Dengan hormat mohon : <input type="checkbox"/> Menghadap Saya <input checked="" type="checkbox"/> Tindaklanjuti / Selesaikan <input checked="" type="checkbox"/> Koordinasikan / Konsultasikan <input type="checkbox"/> Layani Sesuai Prosedur <input type="checkbox"/>	
Catatan Disposisi: <i>[Handwritten mark]</i>	Pit. KEPALA BAGIAN HUKUM SETDA KABUPATEN DEMAK <u>KENDARSIH IRIANI, SH., MH.</u> NIP. 19700708 199503 2 003	
Tgl Penyelesaian : <i>22/7/2024</i>		
Sekretaris :		
Ka. Bidang :		



PEMERINTAH KABUPATEN DEMAK
DINAS KESEHATAN

Jalan Sultan Hadijaya Nomor 44 Demak 59515

Telepon (0291) 685934 Faksimile (0291) 685934

Laman : <http://dinkes.demakkab.go.id>; Pos-el : dinkes@dinkes.demakkab.go.id

NOTA DINAS

Kepada Yth : KEPALA BAGIAN HUKUM SEKRETARIAT DAERAH
Lewat Yth : PERANCANG PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN AHLI MUDA
SELAKU SUB KOORDINATOR PERUNDANG – UNDANGAN BAGIAN
HUKUM SEKRETARIAT DAERAH
Dari : KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN DEMAK
Nomor : 440/ 1926.1
Tanggal : 19 Juli 2024
Sifat : Segera
Lampiran : 1 Bendel *Kajian Hukum*
Perihal : Permohonan ~~Penerbitan~~ Peraturan Bupati Demak tentang Penerapan
Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Kabupaten Demak

Dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Kabupaten Demak, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Kabupaten Demak. Adapun dasar hukum kajian sebagai dasar untuk melaksanakan ketentuan yakni :

1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
4. Peraturan Pemerintah 47 Tahun 2021 Tentang Bidang Perumahasakitan;
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standart Pelayanan Minimal

Demikian untuk menjadi periksa, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN DEMAK

dr. Ali Maimun, M.Kes

Pembina Tingkat I

NIP. 19710410 200212 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN DEMAK

DINAS KESEHATAN

Jalan Sultan Hadijaya Nomor 44 Demak 59515

Telepon (0291) 685934 Faksimile (0291) 685934

Laman : <http://dinkes.demakkab.go.id>; Pos-el : dinkes@dinkes.demakkab.go.id

MATRIKS RANCANGAN PERATURAN BUPATI DEMAK TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT DI KABUPATEN DEMAK

NO	PASAL	DASAR
1	Pasal 1	a) Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum b) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal c) Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 Tentang Badan Layanan Umum Daerah
2	Pasal 2	Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/ Menkes/ SK/ II/ 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3	Pasal 3	Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
4	Pasal 4	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/ Menkes/ PER/ III/ 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit
5	Pasal 5	Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/ Menkes/ SK/ II/ 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
6	Pasal 6	Ketentuan indikator kinerja dan target disesuaikan dengan local wisdom
7	Pasal 7	Ketentuan indikator kinerja dan target disesuaikan dengan local wisdom
8	Pasal 8	Ketentuan pelaksanaan disesuaikan dengan local wisdom
9	Pasal 9	Ketentuan penerapan disesuaikan dengan local wisdom
10	Pasal 10	Ketentuan penutup disesuaikan dengan local wisdom
11	Lampiran	Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/ Menkes/ SK/ II/ 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

KEPALA DINAS KESEHATAN

KABUPATEN DEMAK



dr. ALI MAIMUN, M.Kes

Pembina Tingkat I

NIP. 19710410 200212 1 007

**PENJELASAN ATAU KETERANGAN ATAS RANCANGAN
PERATURAN BUPATI DEMAK TENTANG STANDAR
PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT
KABUPATEN DEMAK**



**PEMERINTAHAN KABUPATEN DEMAK
TAHUN 2024**

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang senantiasa melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Penjelasan atau Keterangan atas Rancangan Peraturan Bupati Demak tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit sebagai salah satu bentuk pelaksanaan program dan kegiatan urusan di bidang pelayanan kesehatan di wilayah Kabupaten Demak. Dengan segala dinamika perkembangan dan permasalahan yang kami hadapi dalam upaya pembangunan di bidang pelayanan kesehatan, kami sadar banyak yang masih perlu di perbaiki dan di sempurnakan. Oleh karena itu, kami berupaya mengoptimisasi usaha pembangunan di bidang pelayanan kesehatan di wilayah Kabupaten Demak.

Rumah Sakit sebagai unit pelayanan teknis yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam pelayanan kesehatan perorangan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu. serta profesional sehingga dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka diperlukan Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Standar Pelayanan Minimal ini merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Semoga ini dapat dipergunakan dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar minimal.

Demak, 19 Juli 2024

Kepala Dinas Kesehatan Daerah
Kabupaten Demak



dr. Ali Maimun, M.Kes

Pembina Tingkat I

NIP. 19710410 200212 1 007

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI.....	3
BAB I PENDAHULUAN	4
A. LATAR BELAKANG	4
B. IDENTIFIKASI MASALAH.....	4
C. TUJUAN PENYUSUNAN.....	4
D. DASAR HUKUM	5
BAB II POKOK PIKIRAN	7
BAB III MATERI MUATAN.....	8
A. SASARAN, JANGKAUAN DAN ARAH PENGATURAN.....	8
B. RUANG LINGKUP MATERI.....	8
BAB IV PENUTUP.....	9
A. KESIMPULAN.....	9
B. SARAN	9

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (l) perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaran pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang sepatutnya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan mesyarakat.

B. IDENTIFIKASI MASALAH

1. Belum terdapat ukuran-ukuran yang distandarisasi dan dilakukan secara berkala, terstruktur serta penanggungjawab yang jelas.
2. Belum terdapat peraturan/ kebijakan tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit di Kabupaten Demak.

C. TUJUAN PENYUSUNAN

Tujuan penyusunan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan pada Rumah Sakit yaitu untuk memberikan pedoman bagi Rumah Sakit di Kabupaten Demak dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal pada rumah sakit.

D. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
4. 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);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5035);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik omor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintahan Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang;
10. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
12. 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);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
 14. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal
 15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/ Menkes/ SK/ VI/ 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital by Laws);
 16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);
 17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
 18. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/ Menkes/ SK/ III/ 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
 20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2023 tentang Pedoman Nomenklatur Perangkat Daerah Dan Unit Kerja Pada Perangkat Daerah Yang Menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan;
 21. Peraturan Bupati Demak Nomor 4 Tahun 2018 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Pada Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Demak (Berita D Kabupaten Demak Tahun 2018 Nomor 4).

BAB II

POKOK PIKIRAN

Berdasarkan ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/ Menkes/ SK/ II/ 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan untuk mendukung misi Pemerintah Kabupaten Demak yaitu meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat. Perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit yang memuat beberapa hal sebagai berikut :

1. Sasaran pelaksanaan meliputi :
 - a. Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga
 - b. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Fatah
 - c. Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak
 - d. Rumah Sakit Pelita Anugrah
 - e. Rumah Sakit Hj. Fatimah Sulhan PKU Muhammadiyah Demak
2. Pilar dalam strategi Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit :

Standar pencapaian kinerja pada hakikatnya menunjukkan aspek-aspek utama dari setiap jenis pelayanan yang bersifat terukur sehingga pencapaian kinerja dapat diketahui apakah standar sudah dapat dicapai atau belum. Dengan menentukan komitmen batas waktu untuk pencapaian standar, Pemerintah Daerah Kabupaten Demak berupaya terus meningkatkan kualitas pelayanan pada rumah sakit.
3. Adanya ukuran-ukuran yang distandarisasi dan dilakukan secara berkala, terstruktur serta penanggungjawab yang jelas.
4. Koordinasi penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit dari Dinas Kesehatan Kabupaten Demak.
5. Pemantauan dan Evaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten demak.

Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit dibuat sebagai pedoman bagi Rumah Sakit yang terlibat dalam pelayanan kepada masyarakat dalam melaksanakan intervensi standar pelayanan minimal dalam mewujudkan peningkatan pelayanan Kesehatan yang berkualitas dan bermutu.

BAB III

MATERI MUATAN

A. SASARAN, JANGKAUAN DAN ARAH PENGATURAN

Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit memiliki sasaran, jangkauan dan arah pengaturan yang melibatkan beberapa aspek sebagai berikut :

1. Sasaran :
 - a. Tersusunnya Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit di Kabupaten Demak.
 - b. Tersusunnya strategi, program dan koordinasi penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit.
 - c. Terwujudnya pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Demak sesuai dengan kewenangannya.
2. Jangkauan mencakup Sasaran program, pilar, koordinasi dan pemantauan evaluasi Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit.
3. Arah Pengaturan
 - a. Rumah Sakit di Kabupaten Demak semakin sinergi dalam menuntaskan ketentuan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit.
 - b. Mendorong adanya peningkatan pelayanan Kesehatan yang berkualitas dan bermutu.
 - c. Mendorong adanya peningkatan infastruktur yang anggarannya bersumber dari APBD, APBN, serta sumber dana lainnya.
 - d. mendorong peningkatan pelayanan Kesehatan melalui intervensi spesifik maupun sensitive.

B. RUANG LINGKUP MATERI

Ruang lingkup Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit meliputi :

1. Sasaran pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit.
2. Pilar dalam Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit.
3. Koordinasi penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit.
4. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan uraian dan penjelasan diatas, dapat diambil Kesimpulan bahwa Pemerintah Kabupaten Demak memerlukan legalitas Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit di Kabupaten Demak agar terdapat ukuran-ukuran yang distandarisasi dan dilakukan secara berkala, terstruktur serta penanggungjawab yang jelas serta mendorong peningkatan pelayanan Kesehatan yang berkualitas dan bermutu.

B. SARAN

1. Pemerintah Kabupaten Demak melaksanakan monitoring dan evaluasi terkait Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit di Kabupaten Demak.
2. Pelaksanaan evaluasi terhadap rencana intervensi spesifik dan sensitive dalam Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit di kabupaten Demak