PROGRAM PENYUSUNAN PERATURAN

PERUNDANG - UNDANGAN

PERATURAN BUPATI KABUPATEN BARITO UTARA

NOMOR 21 TAHUN 2026

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

JDIH KABUPATEN BARITO UTARA

BAGIAN HUKUM SEKRETARIAT DAERAH KABUPATEN BARITO UTARA

BUPATI BARITO UTARA
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH

KEPUTUSAN BUPATI BARITO UTARA
NOMOR 188.45/ 440 /2025

TENTANG

PERUBAHAN ATAS KEPUTUSAN BUPATI NOMOR 188.45/658/2024 TENTANG PROGRAM PEMBENTUKAN PERATURAN BUPATI BARITO UTARA TAHUN 2025

BUPATI BARITO UTARA,

Menimbang : a. bahwa Program Pembentukan Peraturan Bupati Barito Utara Tahun 2025 telah ditetapkan dengan Keputusan Bupati Barito Utara Nomor 188.45/658/2024 tentang Program Pembentukan Peraturan Bupati Barito Utara Tahun 2025;

b. bahwa sehubungan dengan adanya Peraturan Bupati yang wajib disusun pada Tahun 2025 berdasarkan Peraturan Perundang-undangan, maka Keputusan sebagaimana dimaksud dalam huruf a perlu dilakukan perubahan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Bupati Barito Utara tentang Perubahan Atas Keputusan Bupati Nomor 188.45/658/2024 tentang Program Pembentukan Peraturan Bupati Barito Utara Tahun 2025;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953, Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);

2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 199) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 186);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
6. Peraturan Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 2 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Barito Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 6) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 6 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Barito Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2024 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 6);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

KESATU : Perubahan Atas Keputusan Bupati Nomor 188.45/658/2024 tentang Program Pembentukan Peraturan Bupati Barito Utara Tahun 2025.

KEDUA : Perubahan sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU adalah pada Lampiran sehingga menjadi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Bupati ini.

KETIGA : Keputusan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Muara Teweh
pada tanggal 3 Juni 2025

Pj. BUPATI BARITO UTARA,

INDRA GUNAWAN

Tembusan ini disampaikan kepada Yth:
1. Gubernur Kalimantan Tengah di Palangka Raya.
2. Kepala Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara.

LAMPIRAN
KEPUTUSAN BUPATI BARITO UTARA
NOMOR 188.45/440 /2025
TENTANG
PERUBAHAN ATAS KEPUTUSAN BUPATI NOMOR 188.45/658/2024 TENTANG PROGRAM PEMBENTUKAN PERATURAN BUPATI BARITO UTARA TAHUN 2025

PROGRAM PEMBENTUKAN PERATURAN BUPATI BARITO UTARA
TAHUN 2025

No	PEMRAKARSA	JUDUL PERATURAN BUPATI
1	*2*	*3*
1	Bagian Kesejahteraan Rakyat pada Sekretariat Daerah	1. Perubahan atas Peraturan Bupati Nomor 20 Tahun 2021 tentang Tata Cara Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, Pertanggungjawaban dan Pelaporan serta Monitoring dan Evaluasi Hibah dan Bantuan Sosial 2. Fasilitasi Perjalanan Ibadah Haji dan Umroh
2	Bagian Hukum	Pemberian Bantuan Hukum bagi Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara
3	Bagian Perekonomian dan Sumber Daya Manusia pada Sekretariat Daerah	1. Pengadaan Barang dan Jasa pada Badan Usaha Milik Daerah 2. Perubahan Kedua atas Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2021 tentang Ketentuan Pokok Kepegawaian dan Penghasilan bagi Badan Pengawas, Direksi dan Pegawai Perusahaan Daerah Batara Membangun Kabupaten Barito Utara 3. *Road Map* Pengendalian Inflasi Daerah Tahun 2024-2026
4	Bagian Pengadaan Barang dan Jasa pada Sekretariat Daerah	Kemudahan Pelaku Usaha sebagai Penyedia Katalog Elektronikal Lokal
5	Bagian Umum pada Sekretariat Daerah	Pelaksanaan dan Pertanggungjawaban Perjalanan Dinas di Lingkungan Pemerintahan Kabupaten Barito Utara
6	Bagian Organisasi pada Sekretariat Daerah	1. Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Riset dan Inovasi Daerah 2. Perubahan Ketiga Peraturan Bupati Nomor 70 Tahun 2017 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis pada Dinas Daerah 3. Kelas Jabatan di Lingkungan Pemkab Barito Utara 4. Pakaian Dinas di Lingkungan Pemkab Barito Utara

		5. Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 6. Pelayanan Publik di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 7. Pedoman Pengembangan Budaya Kerja Aparatur Sipil Negara di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 8. Standar Pelayanan Publik Fasilitasi Penilaian Kepatuhan Pelayanan Publik di Kabupaten Barito Utara 9. Perubahan Kedua atas Peraturan Bupati Nomor 72 Tahun 2017 tentang Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 10. *Road Map* Reformasi Birokrasi Kabupaten Barito Utara Tahun 2025-2030 11. Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh pada Dinas Kesehatan Kabupaten Barito Utara
7	Inspektorat	1. Pedoman Teknis Audit Kinerja di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 2. Pedoman Teknis Audit Investigasi pada Inspektorat Kabupaten Barito Utara 3. Penanganan Pengaduan Masyarakat 4. Pedoman Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Bagi Aparat Pengawas Intern Pemerintah Kabupaten Barito Utara 5. Pedoman Pengawasan dan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah 6. Manajemen Risiko 7. Perlindungan Bagi Pelapor Pengaduan 8. Pedoman Penanganan Pengaduan Masyarakat oleh Aparat Pengawas Internal Pemerintah Kabupaten Barito Utara 9. Rencana Aksi Pengendalian Kecurangan Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 10. Strategi Pengendalian Kecurangan Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 11. Tata cara Pelaksanaan Penyelesaian Tuntutan Perbendaharaan dan Ganti Kerugian Daerah
8	Dinas Pendidikan	1. Petunjuk Teknis Penggunaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Dana Bantuan Operasional Sekolah Daerah Kabupaten Barito Utara 2. Pedoman Penyelenggaraan PAUD HI
9	Dinas Kesehatan	1. Tata Cara Kerjasama pada Badan Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

		dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 2. Pedoman Pengelolaan Keuangan pada Badan Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 3. Pengadaan Barang dan Jasa pada Badan Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 4. Pola Pembagian Jasa Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 5. Remunerasi Badan Layanan Umum Daerah pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 6. Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 7. Rencana Strategis pada Badan Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 8. Tata Kelola pada Badan Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) 9. Gerakan Masyarakat Hidup sehat 10. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah
10	Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang	1. Rencana Detail Tata Ruang Wilayah Perencanaan Montallat Tahun 2025-2045 2. Rencana Detail Tata Ruang Wilayah Perencanaan Teweh Timur Tahun 2025-2045 3. Strategi Sanitasi Kabupaten Barito Utara Tahun 2025-2030
11	Dinas Perumahan Rakyat, Kawasan Permukiman dan Pertanahan	1. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pembangunan Perumahan 2. Pedoman Pemberian Hibah/Peningkatan/ Rehabilitasi Rumah Tidak Layak Huni 3. Bantuan Penanganan Rumah Tidak Layak Huni bagi Masyarakat Berpenghasilan Rendah 4. Perumahan Kumuh dan Permukiman Kumuh
12	Dinas Sosial Pemberdayaan Masyarakat dan Desa	1. Tata Cara Pembagian, Penetapan Rincian dan Penggunaan Alokasi Dana Desa 2. Pedoman Pengelolaan Keuangan Desa 3. Pedoman Penyusunan APBDes 4. Pengelolaan Aset Desa 5. Pengadaan Barang dan Jasa di Desa 6. Pedoman Administrasi Desa 7. Pemberhentian dan Pengangkatan Kepala Desa 8. Petunjuk Teknis Pemilihan Kepala Desa

		9. Pengelolaan Rumah Singgah Sebagai Layanan bagi Rehabilitasi Sosial 10. Perubahan Kedua atas Peraturan Bupati Nomor 25 Tahun 2020 tentang Penghasilan Tetap, Tunjangan dan Penerimaan Lainnya Untuk Kepala Desa dan Perangkat Desa Serta Badan Permusyawaratan Desa di Kabupaten Barito Utara
13	Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi, Koperasi, Usaha Kecil dan Menengah	1. Pekerja Rentan 2. Pedoman Pengadaan Jasa Lainnya Berupa Tenaga Pendukung Kegiatan Melalui Penyedia Pada Pemerintah Kabupaten Barito Utara 3. Penyelenggaraan Koperasi Desa/kelurahan Merah Putih
14	Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	1. Penyelenggaraan Perlindungan Anak 2. Percepatan penurunan *stunting* terintegrasi 3. Penyelenggaran Pelayanan Ramah Anak
15	Dinas Ketahanan Pangan dan Perikanan	Gerakan Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan Berbasis Sumber Daya Lokal
16	Dinas Lingkungan Hidup	1. Kebijakan dan Strategi Kabupaten dalam Pengelolaan Sampah 2. Gerakan Kampung Hijau 3. Gerakan Kampung Iklim 4. Daya Dukung dan Daya Tampung Lingkungan Hidup 5. Pengendalian Pencemaran dan Kerusakan Lingkungan 6. Konservasi Tanah dan Air
17	Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil	Perubahan atas Peraturan Bupati Nomor 27 tahun 2015 tentang Petunjuk Pelaksana Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Administrasi Kependudukan
18	Dinas Perhubungan	Pengaturan, Pengendalian dan Pengawasan Lalu Lintas Angkutan Sungai, Penyeberangan dan Kepelabuhanan di Kabupaten Barito Utara
19	Dinas Komunikasi, Informatika, dan Persandian	Tenaga Ahli dan Tenaga Teknis pada Dinas Komunikasi Informatika Persandian dan Statistik Kabupaten Barito Utara
20	Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu	1. Perizinan Berusaha, Perizinan Non Berusaha dan Pelayanan Nonperizinan 2. Rencana Umum Penanaman Modal Kabupaten Barito Utara

		3. Tata Cara Pelaksanaan Kemitraan di Bidang Penanaman Modal antara Usaha Besar dengan Usaha Mikro Kecil dan Menengah di Kabupaten Barito Utara 4. Pedoman dan Tata Cara Promosi Penanaman Modal di Kabupaten Barito Utara 5. Penyelengaraan Mall Pelayanan Publik
21	Dinas Kearsipan dan Perpustakaan	1. Klasifikasi Arsip, Jadwal Retensi Arsip, dan Sistem Klasifikasi Keamanan Akses Arsip Dinamis di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 2. Pedoman Alih Media Arsip dan Autentifikasi 3. Pedoman Pengelolaan Arsip Statis 4. Pedoman Pengawasan Kearsipan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 5. Pedoman Penerapan Sistem Informasi Kearsipan Dinamis Terintegrasi di Lingkungan Pemerintah Daerah 6. Pedoman Pengelolaan Arsip Terjaga di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 7. Pengorganisasian Kearsipan 8. Pedoman Pengelolaan Arsip Dinamis 9. Transformasi Perpustakaan Berbasis Inklusi Sosial di Kabupaten Barito Utara
22	Dinas Perdagangan dan Perindustrian	1. Pemberdayaan dan Pengembangan Pelaku Usaha Industri Kecil Menengah pada kecamatan Gunung Purei dan Kecamatan Teweh Timur di Kabupaten Barito Utara 2. Gerai TPID 3. Sentra Industri Benangin
23	Satuan Polisi Pamong Praja	1. Tunjangan Risiko/Tunjangan Khusus Satuan Polisi Pamong Praja Tahun Anggaran 2024 2. Standar Operasional Prosedur Satuan Polisi Pamong Praja 3. Kode Etik Polisi Pamong Praja 4. Perlindungan Masyarakat
24	Badan Perencanaan Pembangunan, Riset dan Inovasi Daerah	1. Rencana Penanggulangan Kemiskinan Daerah 2. Rencana Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2026 3. Perubahan atas Peraturan Bupati Nomor 12 Tahun 2023 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2025 4. Rencana Strategis Perangkat Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2025-2029
25	Badan Pengelola Pendapatan Daerah	1. Alokasi Dana bagi Hasil Pajak Daerah dan Retribusi Daerah kepada Desa Tahun 2025 2. Tata Cara Pemungutan Air Tanah 3. Pemungutan Opsen Pajak Mineral Bukan Logam dan Batuan serta Bentuk Sinergi antara Pemerintah

		Kabupaten Barito Utara dan Pemerintah Provinsi Kalimantan Tengah
26	Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset	1. Penjabaran Pertanggungjawaban Pelaksanaan APBD Tahun Anggaran 2024 2. Penjabaran Perubahan APBD Tahun Anggaran 2025 3. Penjabaran APBD Tahun Anggaran 2025 4. Tata cara pergeseran APBD di Kabupaten Barito Utara 5. Standar Harga Satuan Pokok Kegiatan dan Analisis Standar Biaya 6. Standar Harga Satuan yang Berbasis Aplikasi Sistem Informasi Pemerintah Daerah Tahun 2025 7. Pemberian THR dan Gaji ke-13 8. Tunjangan Pemegang Kekuasaan Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Barito Utara
27	Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia	1. Perubahan atas Peraturan Bupati Nomor 2 Tahun 2023 tentang Pemberian Tambahan Penghasilan kepada Pegawai Aparatur Sipil Negara di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 2. Pola Karier Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara 3. Manajemen Talenta Aparatur Sipil Negara di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Barito Utara
28	Badan Kesatuan Bangsa dan Politik	Penanganan Konflik Sosial
29	Badan Penanggulangan Bencana Daerah	1. Kajian Risiko Bencana Kabupaten Barito Utara Tahun 2025-2030 2. Rencana Penanggulangan Bencana Kabupaten Barito Utara Tahun 2025-2030 3. Rencana Kontinjensi Kabupaten Barito Utara Tahun 2025-2030 4. Bantuan Bencana
30	Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh	1. Pedoman Pengadaan Barang dan Jasa pada BLUD RSUD Muara Teweh 2. Remunerasi pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 3. Pembinaan dan Pengawasan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 4. Pedoman Pengelolaan Keuangan pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 5. Pengelolaan Silfa/defisit pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 6. Pengelolaan Pendapatan pada Badan Layanan

		Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 7. Pengelolaan Hutang Piutang (Tata Cara Penghapusan Piutang) pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 8. Pengelolaan Investasi pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 9. Rencana Strategis pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 10. Pola Tata Kelola pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 11. Pengelolaan Sumber Daya manusia pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 12. Tata Cara Kerjasama pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 13. Pengelolaan Belanja pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 14. Standar Pelayanan Minimal pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 15. Penyusunan, pengajuan, penetapan dan perubahan Rencana Bisnis Anggaran pada pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 16. Tata cara pengajuan pinjaman jangka pendek pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 17. Pelaksanaan anggaran pada pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh 18. Kebijakan Akuntasi pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh

Pj. BUPATI BARITO UTARA,

INDRA GUNAWAN

RANCANGAN PERATURAN

PERUNDANG - UNDANGAN

PERATURAN BUPATI KABUPATEN BARITO UTARA

NOMOR 21 TAHUN 2026

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

JDIH KABUPATEN BARITO UTARA

BAGIAN HUKUM SEKRETARIAT DAERAH KABUPATEN BARITO UTARA



BUPATI BARITO UTARA
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH

RANCANGAN
PERATURAN BUPATI BARITO UTARA
NOMOR ... TAHUN ...

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BARITO UTARA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh;

Mengingat :

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan Mengubah Undang-Undang darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 204);
11. Peraturan Bupati Kabupaten Barito Utara Nomor 50 Tahun 2020 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh (Berita Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2020 Nomor 50);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Barito Utara.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintah yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Barito Utara.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.
6. Direktur RSUD Muara Teweh yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.
7. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ BLUD yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengurus BLUD.
8. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
9. Pelayanan RSUD adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD meliputi segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
10. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD RSUD.

11. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

Pasal 2

(1) Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggara SPM pada RSUD.

(2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini untuk:

a. menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan

b. memberikan kepastian hukum bagi RSUD dalam pelayanan kepada masyarakat.

BAB II
JENIS PELAYANAN

Pasal 3

(1) RSUD menyelenggarakan fungsi Pelayanan Kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialistik dan/atau subspesialistik serta pelayanan kesehatan dasar.

(2) Jenis Pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:

a. pelayanan gawat darurat;

b. pelayanan rawat jalan;

c. pelayanan rawat inap;

d. pelayanan bedah sentral;

e. pelayanan persalinan dan perinatologi;

f. pelayanan perawatan intensif;

g. pelayanan radiologi;

h. pelayanan laboratorium patologi klinik;

i. pelayanan rehabilitasi Medis;

j. pelayanan farmasi;

k. pelayanan gizi;

l. pelayanan transfusi darah;

m. pelayanan pasien penerima bantuan iuran jaminan kesehatan;

n. pelayanan rekam medis;

o. pelayanan pengelolaan limbah;

p. pelayanan administrasi dan manajemen;

q. pelayanan ambulans;

r. pelayanan pemulasaraan jenazah;

s. pelayanan laundry;

t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan

u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Indikator

Pasal 4

(1) Setiap jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) mempunyai indikator standar pelayanan.

(2) Indikator standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang dipenuhi oleh RSUD.

(3) Indikator standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh RSUD untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

(4) Indikator standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Kedua
Waktu Pencapaian

Pasal 5

(1) Setiap jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) memuat waktu pencapaian SPM.

(2) Penyusunan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target RSUD.

(3) Waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PEMBINAAN, PENGAWASAN, PELAPORAN, MONITORING DAN EVALUASI

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 6

(1) Bupati menyelenggarakan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM RSUD.

(2) Pembinaan penerapan SPM RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan.

(3) Dalam hal pembinaan penerapan SPM RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD sesuai dengan SPM.

(4) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:

a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;

b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;

c. penilaian pengukuran kinerja; dan

d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

(5) Pengawasan penerapan SPM RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Pelaporan

Pasal 7

(1) RSUD menyusun laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD setiap tahun.

(2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.

Bagian Ketiga
Monitoring dan Evaluasi

Pasal 8

(1) Direktur melaksanakan monitoring dan evaluasi penerapan SPM RSUD.

(2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) sekali.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Barito Utara Nomor 32 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh (Berita Daerah Kabupaten Muara Teweh Tahun 2015 Nomor 32) dicabut, dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Muara Teweh
pada tanggal …

Pj. BUPATI BARITO UTARA,

INDRA GUNAWAN

Diundangkan di Muara Teweh
pada tanggal …

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BARITO UTARA,

MUHLIS

BERITA DAERAH KABUPATEN BARITO UTARA TAHUN … NOMOR …

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI BARITO UTARA
NOMOR ... TAHUN ...
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN WAKTU PENCAPAIAN SPM BLUD RSUD MUARA TEWEH

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar sesuai Kepmenkes 129 Tahun 2008	Standar Capaian (%)					
				2024	2025	2026	2027	2028	2029
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa	100 %	100	100	100	100	100	100
		Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	100	100	100	100	100	100
		Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %	100	100	100	100	100	100
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	100	100	100	100	100	100
		Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	100	100	100	100	100	100
		Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	75	80	85	85	90	90
		Kematian pasien <24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	100	100	100	100	100	100
		Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	100	100	100	100	100	100
2	Pelayanan Rawat Jalan	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100	100	100	100	100	100
		Ketersediaan Pelayanan	Klinik Anak; Klimik Penyakit dalam;	100	100	100	100	100	100

			Klinik Kebidanan; Klinik Bedah						
		Jam buka pelayanan	08.00 s.d. 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	100	100	100	100	100	100
		Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	100	100	100	100	100	100
		Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	90	90	90	95	95	95
		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	70	80	90	100	100	100
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	70	80	90	100	100	100
3	Pelayanan Rawat Inap	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3	100	100	100	100	100	100
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100	100	100	100	100	100
		Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	100	100	100	100	100	100
		Jam *Visite* Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100	100	100	100	100	100
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5
		Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5	≤ 1,5
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %	≤0.24	≤0.24	≤0.24	≤0.24	≤0.24	≤0.24
		Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
		Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	90	90	90	95	95	95

		Rawat Inap TB: Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	70	80	90	100	100	100
		Rawat Inap TB: Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	70	80	90	100	100	100
4	Pelayanan Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	100	100	100	100	100	100
		Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100	100	100	100	100	100
		Tidak adanya kejadian opersi salah orang	100 %	100	100	100	100	100	100
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100	100	100	100	100	100
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100	100	100	100	100	100
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi *endotracheal tube*	≤ 6 %	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6
5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤ 1 %	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1
			Pre-eklampsia ≤ 30 %	≤ 30	≤ 30	≤ 30	≤ 30	≤ 30	≤ 30
			Sepsis ≤ 0,2 %	≤ 0,2	≤ 0,2	≤ 0,2	≤ 0,2	≤ 0,2	≤ 0,2
		Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	100	100	100	100	100	100
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	100	100	100	100	100	100
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG	100	100	100	100	100	100

			b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An						
		Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %	100	100	100	100	100	100
		Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	≤ 20	≤ 20	≤ 20	≤ 20	≤ 20	≤ 20
		Keluarga Berencana: Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	100 %	100	100	100	100	100	100
		Keluarga Berencana: Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	80	80	85	85	90	90
6	Pelayanan Perawatan Intensif	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3
		Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100	100	100	100	100	100
7	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	100	100	100	100	100	100
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad	100	100	100	100	100	100
		Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80	80	85	85	90	90
8		Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit	100	100	100	100	100	100

	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik		Kimia darah & darah rutin						
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	100	100	100	100	100	100
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80	80	85	85	90	90
9	Pelayanan Rehabilitasi Medis	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medis yang di rencanakan	≤ 50 %	≤ 50	≤ 50	≤ 50	≤ 50	≤ 50	≤ 50
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medis	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	80	80	85	85	90	90
10	Pelayanan Farmasi	Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit	100	100	100	100	100	100
		Waktu tunggu pelayanan Racikan	≤ 60 menit	100	100	100	100	100	100
		Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80	80	85	85	90	90
		Penulisan resep sesuai formularium	100 %	100	100	100	100	100	100
11	Pelayanan Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	90	90	95	95	100	100
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20	≤ 20	≤ 20	≤ 20	≤ 20	≤ 20
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	100	100	100	100	100	100
12	Pelayanan Transfusi Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	≤ 0,01	≤ 0,01	≤ 0,01	≤ 0,01	≤ 0,01	≤ 0,01
13	Pelayanan Pasien Penerima Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan	Pelayanan terhadap pasien Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan	100 %	100	100	100	100	100	100
14	Pelayanan Rekam Medis	Kelengkapan pengisian rekam Medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kelengkapan *Informed Concent* setelah	100 %	100	100	100	100	100	100

		mendapatkan informasi yang jelas							
		Waktu penyediaan dokumen rekam Medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	100	100	100	100	100	100
		Waktu penyediaan dokumen rekam Medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	100	100	100	100	100	100
15	Pelayanan Pengelolaan Limbah	Baku mutu limbah cair	BOD < 30 mg/l	100	100	100	100	100	100
			COD < 80 mg/l	100	100	100	100	100	100
			TSS < 30 mg/l	100	100	100	100	100	100
			PH 6-9	100	100	100	100	100	100
		Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	100	100	100	100	100	100
16	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100	100	100	100	100	100
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100	100	100	100	100	100
		Ketepan Waktu pengurusan gaji berkala	100 %	100	100	100	100	100	100
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60
		Cost recovery	≥ 40 %	≥ 40	≥ 40	≥ 40	≥ 40	≥ 40	≥ 40
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100	100	100	100	100	100
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	100	100	100	100	100	100
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	100	100	100	100	100	100
17	Pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah	Waktu pelayanan *ambulance*/Kereta jenazah	24 jam	100	100	100	100	100	100
		Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance*/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	100	100	100	100	100	100

		Response time pelayanan *ambulance* oleh masyarakat yang Membutuhkan	≤ 30 menit	100	100	100	100	100	100
18	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	100	100	100	100	100	100
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	100	100	100	100	100	100
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	100	100	100	100	100	100
20	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	100	100	100	100	100	100
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	100	100	100	100	100	100
21	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	75	75	100	100	100	100
		Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60 %	100	100	100	100	100	100
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	75 %	75	80	85	90	95	100

II URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL DI RSUD MUARA TEWEH

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving 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 membutuhkan penanganan *life saving* di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medis di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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 di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
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 sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit / Tim Kordik

4. Ketersediaan tim penanggulanagan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulanagan 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 penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Komite Mutu

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, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejakkedatanagan 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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Komite 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 Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (*minimal n = 50*)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Komite 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 Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu

	segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
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 (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan *special privilege* yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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 rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	***Buka pelayanan sesuai ketentuan***
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di 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 Jumat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalamsatu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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 di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi	1 bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan 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 Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/komite mutu

6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan *tuberculosis* dengan strategi DOTS adalah pelayanan *tuberculosis* dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien *tuberculosis* harus melalui pemeriksaan *mikroskopis tuberculosis*, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti *tuberculosis* yang sesuai dengan standar penanggulanagn *tuberculosis* nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara *kohort* sesuai dengan penanggulangan nasional

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan *tuberculosis* yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan *tuberculosis* yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

7. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (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 pasti 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 Medis
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

8. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
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 RS
Sumber data	Rekam Medis

Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan 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 RSUD yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab Pengumpulan 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 setiaphari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite Medis/Komite mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, 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 yang 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 Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite Medis/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	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	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite Medis/komite 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 dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	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 Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
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 Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas Pelayanan RSUD
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau

	keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS)

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan

	semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

12. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti T 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 dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

13. Kegiatan pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam Medis
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
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 anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	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	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	Tergambarnya 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 Analisa	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	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	Tergambarnya 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 Analisa	1 bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi 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	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	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite Medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing sepertikapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tundakan suatu Pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 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	Kepala instalasi bedah sentral/komite Medis

7. Komplikasi anastesi karena over dosis,reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan *endotracheal tube*
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite Medis

E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu Pelayanan RSUD terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu: -Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg -Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitati -Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam

	pada primipara dan 18 jam multipara.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
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	Komite Medis

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 yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	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 yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	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 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	Komite Medis/Komite mutu

6. Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*

Judul	Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan 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	< 100%
Penanggung jawab	Komite mutu

7. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam Medis dan laporan KB rumah sakit

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan Medis

8. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bidang Pelayanan Medis

9. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
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 minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

F. PELAYANAN PERAWATAN 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	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan 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	Komite Medis/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 dan 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 dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite Medis/mutu

G. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto
Dimensi mutu	Efektifitas, 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
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 difoto *thorax* dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	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 rontgen 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 radiologi
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

H. PELAYANAN 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 pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan 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 tandatangan 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	Kepala instalasi laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIS

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 di program rehabilitasi Medis dalam 3 bulan

Sumber data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medis

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medis
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi Medis
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi Medis adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi Medis yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi Medis.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi Medis dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi Medis dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi Medis dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medis

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi Medis
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas Medis.
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 minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80 %

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medis

J. PELAYANAN FARMASI

1. 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 disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survei
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. 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	Kepala Instalasi Farmasi

3. 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: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. 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	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. 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 kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

5. 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	1 bulan

pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

K. PELAYANAN 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	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
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan

Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
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 disurvey dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Unit BDRS

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala Unit BDRS

M. PELAYANAN PASIEN PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN

1. Pelayanan terhadap pasien Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

N. PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Kelengkapan pengisian rekam Medis 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam Medis.
Definisi operasional	Rekam Medis yang lengkap adalah, rekam Medis 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 Medis yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam Medis yang disurvey dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam Medis/Kabid Penunjang & Rekam Medis

2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan Medis yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan Medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan Medis yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan Medis dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan Medis yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survei

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam Medis

3. Waktu penyediaan dokumen rekam Medis pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam Medis 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 Medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam Medis pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam Medis 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 baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam Medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam Medis rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit

Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

O. PELAYANAN PENGELOLAAN 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	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/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	Kepala IPSRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman 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	Kepala IPSRS / Kepala K3RS

P. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN 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 ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

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 mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang

	dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 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	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	1 tahun
Periode analisis	1 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 bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku

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 bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Judul	*Cost recovery*
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di 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 bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Kasubbag Keuangan

7. 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 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Kasubbag Keuangan

8. 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 satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kasubbag Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnyakinerja 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	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kasubbag Keuangan

Q. PELAYANAN AMBULANS / 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	Penanggungjawab ambulans/kereta jenazah

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/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 ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/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	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	*Response time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan *ambulance*
Definisi operasional	*Response time* pelayanan *ambulance* kepada masyarakat yang membutuhkan adalah waktu yang dibutuhkan dalam menjemput pasien di tempat (dalam kota) sejak diminta sampai *ambulance* siap ditempat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penjemputan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kurang dari 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh permintaan penjemputan dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan *ambulance*
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggungjawab *ambulance*

R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

S. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Unit Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan

	penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Unit Laundry

T. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaanalat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi	1 bulan

pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

U. PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih

Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan:

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

Pj. BUPATI BARITO UTARA,

INDRA GUNAWAN

NASKAH AKADEMIK / KETERANGAN / PENJELASAN / NASKAH URGENSI

PERATURAN BUPATI KABUPATEN BARITO UTARA

NOMOR 21 TAHUN 2026

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

JDIH KABUPATEN BARITO UTARA

BAGIAN HUKUM SEKRETARIAT DAERAH KABUPATEN BARITO UTARA



NASKAH PENJELASAN/ KETERANGAN

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH





PEMERINTAH KABUPATEN

BARITO UTARA

Kata Pengantar

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan anugerah-Nya sehingga Naskah Penjelasan/Keterangan Rancangan Peraturan Bupati Barito Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Naskah Penjelasan/Keterangan atas Rancangan Peraturan Bupati Kabupaten Barito Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh diharapkan menjadi bahan acuan dalam merumuskan kebijakan yang menjadi bagian dari program kerja di bidang Kesehatan khususnya dalam pengelolaan badan layanan umum daerah yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara dalam upaya melaksanakan kegiatan dan memberikan jaminan dan kepastian hukum dalam Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah, dan diharapkan semoga Rancangan Peraturan Bupati ini dapat menjadi pedoman dalam Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.

Atas dukungan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Peraturan Bupati ini, kami ucapkan terima kasih.

Barito Utara, November 2024

Tim Penyusun

Perancang Peraturan Perundang-undangan Kanwil Kementerian Hukum dan HAM Kalimantan Tengah

DAFTAR ISI

JUDUL

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI ii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Identifikasi Masalah..... 7

C. Tujuan Penyusunan 7

D. Dasar Hukum 7

BAB II POKOK PIKIRAN..... 9

BAB III MATERI MUATAN

A. Sasaran, Jangkauan dan Arah Pengaturan 16

B. Ruang Lingkup Materi 17

BAB IV PENUTUP

A. Simpulan 19

B. Saran 19

DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasal 18 ayat (2) dan ayat (5) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa Pemerintah Daerah berwenang untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dan diberikan otonomi yang seluas-luasnya. Kemudian hal ini ditindaklanjuti dengan 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 yang ditujukan untuk menyelenggarakan fungsi pemerintahan yang lebih luas kepada daerah dalam wujud desentralisasi untuk mengurus daerahnya. Kebijakan otonomi daerah dapat berdampak positif terhadap:

1. perkembangan pembangunan ekonomi daerah yang efektif, efisien dan tangguh dengan memberdayakan *stakeholder* dan potensi ekonomi daerah;
2. kemajuan pembangunan pedesaan melalui pemberdayaan masyarakat; dan
3. meningkatkan kualitas hidup melalui sumber daya manusia di daerah yang handal yang mampu mengelola potensi dan kepentingan daerah.

Sejak digulirkannya kebijakan otonomi daerah melalui Undang–Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah yang terakhir disempurnakan dengan Undang–Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, terjadi pembagian kekuasaan dalam pemerintahan. Pembagian kekuasaan antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah ini membawa konsekuensi pada adanya kewenangan yang beralih dari pusat

kepada daerah.[1] Pemerintah Daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintah yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah Pusat.

Pemerintah Daerah berhak menetapkan Peraturan Daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan.[2] Dalam kaitannya dengan pembagian kewenangan dalam bidang kesehatan, daerah diberikan amanat untuk mengatur dan mengelola pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, negara dibentuk dengan tujuan untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. berdasarkan Pasal 18 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas Daerah provinsi, dan Daerah provinsi dibagi atas Daerah kabupaten dan kota. Tiap-tiap provinsi, kabupaten, dan kota mempunyai pemerintahan sendiri. Pemerintah provinsi, kabupaten, dan kota berhak mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan. Urusan Pemerintahan yang menjadi tanggung jawab Daerah dilaksanakan berdasarkan asas otonomi, sedangkan Urusan Pemerintahan yang bukan merupakan tanggung jawab Pemerintah Daerah dilaksanakan berdasarkan asas dekonsentrasi dan tugas pembantuan. Pelaksanaan Urusan Pemerintahan dari tingkat pusat hingga

---

[1] Urusan-urusan pemerintahan yang telah diserahkan kepada daerah, pada dasarnya menjadi wewenang dan tanggung jawab daerah sepenuhnya. Prakarsa sepenuhnya diserahkan kepada daerah, baik yang menyangkut penentuan kebijaksanaan, perencanaan, pelaksanaan, maupun yang menyengkut segi-segi pembiayaan. Hubungan antara daerah otonom dan pemerintah dalam Negara kesatuan adalah dependent dan subordinate. Lihat: penjelasan umum Undang-undang Nomor 5 Tahun 1974 tentang Pokok – Pokok Pemerintahan di Daerah.

[2] Bhenyamin Hoessien, Perubahan Model, Pola, dan bentuk Pemerintahan Daerah, Departemen Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, Jakarta, 2009, hlm 177-178.

Daerah merupalan bagian dari kekuasaan pemerintahan yang berada di tangan Presiden sesuai dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sehingga tidak dapat berjalan sendiri-sendiri. Hal ini menuntut adanya sinergisme pendanaan atas urusan tersebut dalam rangka pencapaian tujuan bernegara.

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika berada dalam kondisi tidak sehat. Sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak. Pelayanan bidang Kesehatan merupakan Urusan Pemerintahan yang Wajib

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orangorang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warganegara. Meskipun upaya untuk memenuhi kebutuhan bidang kesehatan melekat pada setiap warga negara, namun mengingat karakteristik barang/jasa kesehatan tidak dapat diusahakan/diproduksi sendiri secara langsung oleh masing-masing warga negara, melainkan harus ada pihak lain yang secara khusus memproduksi dan menyediakan, maka penyediaan barang/jasa bidang kesehatan mutlak memerlukan keterlibatan pemerintah untuk:

a. menjamin ketersediaan barang/jasa kesehatan yang dapat diperoleh warga negara yang memerlukan sesuai dengan kebutuhan; dan
b. menyediakan barang/jasa kesehatan bagi warga negara yang tidak mampu memenuhi kebutuhan di bidang kesehatan.

Mengingat kebutuhan warga negara terhadap barang/jasa kesehatan sangat vital dan dengan karakteristik barang/jasa kesehatan yang unik dan kompleks, maka peranan pemerintah di bidang kesehatan harus distandarisasi, agar warga negara dapat memenuhi kebutuhan di bidang kesehatan.

Untuk memenuhi kebutuhan bidang kesehatan tersebut maka perlu ditetapkan standar pelayanan kesehatan. Setiap penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang dilakukan melalui Pelayanan Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan. Standar Pelayanan Kesehatan merupakan pedoman bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan. Standar Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk:

a. memberikan acuan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan;
b. menjamin mutu pelayanan kesehatan; dan
c. memberikan pelindungan dan kepastian hukum bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pasien dalam penyelenggaraan Pelayanan kesehatan.

Standar pelayanan kesehatan mengacu kepada prinsip:

a. pelayanan berpusat pada pasien;
b. kebutuhan pasien;
c. keselamatan pasien;
d. pelayanan berkelanjutan; dan
e. etika profesi.

Selanjutnya fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan standar pelayanan kesehatan. Setiap fasilitas pelayanan

kesehatan menyusun standar prosedur operasional dengan mengacu pada standar pelayanan kesehatan.

Untuk mengukur mutu standar pelayanan kesehatan secara minimal atau berdasarkan ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan dibutuhkan standar pelayanan minimal. Standar Pelayanan Minimal diperlukan dalam rangka memastikan ketersediaan layanan bagi masyarakat. Standar Pelayanan Minimal mempunyai dua fungsi yaitu untuk memfasilitasi Pemerintah Daerah untuk melakukan pelayanan publik yang tepat bagi masyarakat dan sebagai instrumen bagi masyarakat dalam melakukan kontrol terhadap kinerja pemerintah dalam pelayanan publik bidang kesehatan.

Dalam ketentuan Pasal 29 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah menyatakan bahwa Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan Badan Layanan Umum Daerah memenuhi persyaratan yang meliputi substantif, teknis dan administratif.

Kemudian Pasal 36 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah menyatakan bahwa Persyaratan administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 huruf c terpenuhi, apabila Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah membuat dan menyampaikan dokumen, meliputi surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja, pola tata Kelola, Renstra, **standar pelayanan minimal**, laporan keuangan atau prognosis/proyeksi keuangan dan laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah.

Selanjutnya dalam ketentuan Pasal 43, menyatakan bahwa:

1) Standar pelayanan mininal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf d memuat batasan minimal mengerlal jenis dan mutu layanan dasar yang

harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD.

2) **Standar pelayanan minimal** sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan **Peraturan Kepala Daerah** untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam ketentuan diatas menyatakan bahwa standar pelayanan minimal Unit Pelaksana Teknis Dinas yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

Rumah Sakit merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat. Pelayanan Kesehatan yang dimaksud merupakan segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan. Standar pelayanan Rumah Sakit adalah semua standar pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit, antara lain, berupa standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara menyusun kajian dalam bentuk Penjelasan/Keterangan Rancangan Peraturan Bupati Kabupaten Barito

Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh yang nantinya sebagai bahan kajian dalam penyusunan kebijakan regulasi yang dituangkan dalam bentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.

B. Indentifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat diidentifikasikan permasalahan sebagai berikut:

1. Apa yang menjadi pertimbangan atau pokok pikiran dalam pembentukan Rancangan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh?
2. Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan dari Rancangan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh?

C. Tujuan Penyusunan

Penyusunan Naskah Penjelasan/Keterangan bertujuan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman yang komprehensif akan pertimbangan, permasalahan dan solusi penyelesaiannya, landasan filosofis, sosiologis yuridis mengenai dasar penyusunan Rancangan Peraturan Bupati Kabupaten Barito Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.

D. Dasar Hukum

1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2) 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;

3) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
4) Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
5) Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
6) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
8) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal; dan
9) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

BAB II
POKOK PIKIRAN

Dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah 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, merupakan dinamika dalam perkembangan Pemerintah Daerah dalam rangka menjawab permasalahan yang terjadi pada Pemerintahan Daerah. Perubahan kebijakan Pemerintah Daerah yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah telah memberikan dampak yang cukup besar bagi berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai pemerintahan daerah, termasuk pengaturan mengenai pengelolaan badan layanan umum daerah.

Dalam menyelenggarakan sebagian urusan Pemerintahan yang diserahkan dan/atau ditugaskan, penyelenggara Pemerintah Daerah mempunyai kewajiban dalam pengelolaan badan layanan umum daerah.

Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan badan layanan umum daerah memenuhi persyaratan yang meliputi substantif, teknis dan administratif. Persyaratan administratif terpenuhi, apabila Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah membuat dan menyampaikan dokumen, berupa surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pola tata Kelola, Renstra, **standar pelayanan minimal**, laporan keuangan atau prognosis/proyeksi keuangan dan laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah.

Berdasarkan Ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum daerah

menyatakan bahwa Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Standar pelayanan minimal bidang kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal. Standar pelayanan mininal memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan Badan Layanan Umum Daerah.

Jenis pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kabupaten terdiri atas:

a. pelayanan kesehatan ibu hamil;
b. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
d. pelayanan kesehatan balita;
e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
f. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
j. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
k. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan

l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency* Virus).

yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/ preventif.

Pelayanan Kesehatan merupakan segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif. Pelayanan yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif dari pelayanan yang diatas mencakup peningkatan Kesehatan, perlindungan spesifik, diagnosis dini dan pengobatan tepat, pencegahan kecacatan dan rehabilitas.

Pemerintah Daerah wajib memenuhi mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan. Mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang Kesehatan ditetapkan dalam standar teknis yang terdiri atas:

a. standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
b. standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan; dan
c. petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

Dalam ketentuan Pasal 833 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa: Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;

b. memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan **standar pelayanan Rumah Sakit**;
c. memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
d. berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
h. menyelenggarakan rekam medis;
i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
j. melaksanakan sistem mjukan;
k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
m. menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;

p. melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
q. membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Standar pelayanan Rumah Sakit adalah semua standar pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit, antara lain, berupa standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan.

Rumah Sakit berkewajiban memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit dilakukan melalui:

a. pelaksanaan standar mutu dalam penyelenggaraan Rumah Sakit;
b. penerapan standar keamanan dan keselamatan Pasien;
c. pengukuran indikator nasional mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit; dan
d. pelayanan dengan tidak membedakan ras, agama, suku, gender, kemampuan ekonomi, orang dengan kebutuhan khusus atau penyandang disabilitas, serta latar belakang sosial politik dan antargolongan.

Pelaksanaan standar mutu dalam penyelenggaraan Rumah Sakit dilakukan melalui proses registrasi, lisensi, akreditasi, dan penerapan standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.

Dalam rangka melaksanakan dan menjaga Standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit yang dijadikan sebagai acuan dalam melayani Pasien, Rumah Sakit berkewajiban untuk:

a. menyusun, menetapkan, melaksanakan, mematuhi, dan mengevaluasi standar pelayanan Rumah Sakit;
b. menyelenggarakan penugasan klinis bagi semua Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; dan
c. melaksanakan peningkatan mutu pelayanan secara internal dan eksternal.

Peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan ditujukan untuk:

a. memenuhi hak Pasien untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang bermutu dan memberikan kepuasan kepada Pasien;
b. mendorong Fasilitas Pelayanan Kesehatan mewujudkan budaya mutu melalui tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik; dan
c. meningkatkan pelindungan bagi Sumber Daya Manusia Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan masyarakat.

Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang berkaitan dengan pelayanan BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh. Jenis pelayanan BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh berupa pelayanan:

a. pelayanan gawat darurat;
b. pelayanan rawat jalan;
c. pelayanan rawat inap;
d. pelayanan bedah sentral;
e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
f. pelayanan perawatan intensif;
g. pelayanan radiologi;
h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
i. pelayanan rehabilitasi Medis;
j. pelayanan farmasi;
k. pelayanan gizi;

l. pelayanan transfusi darah;
m. pelayanan pasien penerima bantuan iuran jaminan kesehatan;
n. pelayanan rekam medis;
o. pelayanan pengelolaan limbah;
p. pelayanan administrasi dan manajemen;
q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
s. pelayanan laundry;
t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

Setiap jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh mempunyai indikator standar pelayanan dan waktu pencapaian standar pelayanan minimal. Indikator standar pelayanan dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh berisikan indicator-indikator yang harus dipenuhi setiap layanan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat sedangkan Penyusunan waktu pencapaian SPM, menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.

BAB III

MATERI MUATAN

A. Sasaran, Jangkauan dan Arah Pengaturan

Naskah penjelasan/keterangan pada akhirnya berfungsi mengarahkan ruang lingkup materi muatan yang nantinya akan dituangkan ke dalam Rancangan Peraturan Bupati yang akan dibentuk. Dalam Bab ini, sebelum menguraikan ruang lingkup materi muatan, dirumuskan sasaran yang akan diwujudkan, arah dan jangkauan pengaturan.

Maksud ditetapkannya Rancangan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh adalah menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undang. Tujuan yang ingin dicapai dalam Rancangan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh adalah guna menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan dan memberikan kepastian hukum bagi Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh dalam memberikan pelayanan kepada warga Masyarakat.

Adapun jangkauan pengaturan Rancangan Peraturan Bupati Kabupaten Barito Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh adalah berkaitan dengan segala kegiatan yang akan dilaksanakan atau dilakukan oleh pemerintah daerah untuk mewujudkan standar pelayanan kesehatan

secara tertib, efisien, ekonomis, efektif, transparan, dan bertanggungjawab dengan memperhatikan rasa keadilan, kepatutan, manfaat untuk masyarakat di Kabupaten Barito Utara serta pelaksanaan *good governance* yang berkaitan dengan standar pelayanan minimal dalam mewujudkan pelayanan kepada Masyarakat dan tata kelola pemerintahan yang baik.

Sasaran yang diwujudkan dalam Rancangan Peraturan Bupati tentang standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh ini yaitu:

1. menyeragamkan langkah dan tindakan dalam standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh;
2. memberikan jaminan dan kepastian hukum dalam standar pelayanan minimal kesehatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh;
3. sebagai pedoman dalam standar pelayanan minimal kesehatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh;

B. Ruang Lingkup Materi

Adapun ruang lingkup materi muatan yang akan diatur nantinya memuat mengenai Ruang lingkup Peraturan Bupati Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh meliputi:

1. Jenis Pelayanan

   Mengatur mengenai jenis pelayanan yang disediakan oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.

2. Standar Pelayanan Minimal

   Mengatur mengenai standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh untuk meningkatkan pelayanan kepada Masyarakat.

3. Pembinaan, Pengawasan, Pelaporan, monitoring dan evaluasi.

Mengatur mengenai pembinaan, pengawasan, pelaporan, monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.

BAB IV

PENUTUP

A. Simpulan

1. Pemerintah Daerah mempunyai kewenangan untuk mengatur mengenai Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh. Berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah mengamanatkan bahwa Standar pelayanan minimal Unit Pelaksana Teknis Dinas yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas.
2. Perlu menetapkan suatu regulasi dalam bentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dalam rangka memberikan pedoman dalam standar pelayanan minimal kesehatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh dan memberikan jaminan dan kepastian hukum dalam standar pelayanan minimal kesehatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh kepada masyarakat di Kabupaten Barito Utara.

B. Saran

1. Naskah penjelasan/keterangan ini diharapkan menjadi dasar dalam pembentukan Rancangan Peraturan Bupati Barito Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh.
2. Perlu dilakukan Forum Grup Disccusion (FGD) dari pihak-pihak yang berkepentingan dan oleh pihak pemrakarsa terkait substansi penjelasan/keterangan Rancangan Peraturan Bupati Barito Utara tentang

Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh ini agar dapat menjadi masukan dalam penyempurnaannya dan menghasilkan Rancangan Peraturan Bupati di Kabupaten Barito Utara yang berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

A. BUKU

Bhenyamin Hoessien, Perubahan Model, Pola, dan bentuk Pemerintahan Daerah, Departemen Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu social dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, Jakarta, 2009.

B. PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang;

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal; dan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.