



PEMERINTAH KABUPATEN TEBO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN THAHA SAIFUDDIN

Jln. Sultan Thaha Saifuddin Km.4 Muara Tebo Telp. (0744) 21727, 21372. Fax. (0744) 21727



KEPUTUSAN DIREKTUR
RSUD SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO
NOMOR : 009.1 /KEP/DIR/I/2023

TENTANG

PENETAPAN INDIKATOR KINERJA UTAMA
PADA RSUD SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO
TAHUN 2023-2026

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO,

Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan pasal 3 dan pasal 4 Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/09/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;

b. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Bupati Tebo Nomor 12 Tahun 2022 tentang Rencana Pembangunan Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2023-2026;

c. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Bupati Tebo Nomor 31 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo Tahun 2023-2026;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan c, maka perlu menetapkan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan RSUD Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo dalam suatu Keputusan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 54 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 182, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3903), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas

- Undang-Undang Nomor 54 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 81, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3969);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 7. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4817);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6178);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
12. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
14. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/09/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara

Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah;

16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Pembangunan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1114);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1447);
18. Peraturan Daerah Provinsi Jambi Nomor 11 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi (RPJMD) Jambi Tahun 2021-2026;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Tebo Nomor 3 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Tebo Nomor 3 Tahun 2007 Tentang Rencanan Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2006-2026;
20. Peraturan Daerah Kabupaten Tebo Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Tebo (Lembaran Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2016 Nomor 8), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tebo Nomor 18 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kabupaten Tebo Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Tebo (Lembaran Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2021 Nomor 18).

Memperhatikan : 1. Peraturan Bupati Tebo Nomor 12 Tahun 2022 tentang Rencana Pembangunan Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2023-2026 (Berita Daerah Kabupaten Tebo


- Tahun 2022 Nomor 12);
2. Peraturan Bupati Tebo Nomor 19 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin (Berita Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2022 Nomor 19);
 3. Peraturan Bupati Tebo Nomor 31 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo Tahun 2023-2026;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO TENTANG PENETAPAN INDIKATOR KINERJA UTAMA PADA RSUD SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO
- PERTAMA : Indikator Kinerja Utama sebagaimana tercantum dalam lampiran peraturan ini, merupakan acuan ukuran kinerja RSUD Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo untuk menetapkan rencana kinerja tahunan, menyampaikan rencana kerja dan anggaran, menyusun dokumen penetapan kinerja serta melakukan evaluasi pencapaian kinerja sesuai dengan dokumen Rencana Strategi RSUD Sultan Thaha Saifuddin Tebo Tahun 2023-2026.
- KEDUA : Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Dan Evaluasi Terhadap Pencapaian Kinerja dilakukan Oleh RSUD Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo.
- KELIMA : Keputusan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Muara Tebo
Pada tanggal 09 Januari 2023

DIREKTUR,


OKTAVIENNI

INDIKATOR KINERJA UTAMA RSUD SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO

1. INSTANSI : Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo
2. TUJUAN : **Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Rujukan**
3. TUGAS : menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
4. FUNGSI :
 - a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna;
 - b. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan;
 - c. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
 - d. Pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan;
 - e. Pelayanan medik;
 - f. Pelayanan penunjang medik dan non medik;
 - g. Pelayanan keperawatan;
 - h. Pelayanan rujukan;
 - i. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
 - j. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
 - k. Pengelolaan keuangan dan akuntansi;
 - l. Pengelolaan urusan sumber daya manusia, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tataaksana, serta rumah tangga dan perlengkapan umum; dan
 - m. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Bupati yang terkait dengan tugas dan fungsinya.

5. INDIKATOR KINERJA UTAMA RSUD DALAM RENSTRA 2023-2026

SASARAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PENJELASAN / FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA	SATUAN	TARGET KINERJA				PENANGGUNG JAWAB
1. Meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat yang memanfaatkan rumah sakit	Bed Occupancy Rate (BOR)	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam satu satuan waktu}} \times 100\%$ <p>BOR merupakan suatu persentase pemakaian tempat tidur pada suatu waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tentang tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai ideal parameter ini adalah 60% - 85%.</p>	Laporan Tahunan	%	2023	2024	2025	2026	Bidang Pelayanan
	Net Death Rate (NDR)	$\frac{\text{Jumlah pasien keluar mati} \geq 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup+mati)}} \times 100\%$ <p>NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. NDR yang dapat ditolerir adalah kurang dari 25 orang yang mati per 1000 pasien yang keluar RS</p>	Laporan Triwulan	%					Bidang Pelayanan
	Indeks Kepuasan Masyarakat	Nilai Survei Kepuasan Masyarakat Rumah Sakit	Laporan Tahunan	%					
		Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.							
	</								

6. INDIKATOR KINERJA BERJENJANG RSUD SULTAN THAHA SAIFUDDIN

SASARAN	INDIKATOR KINERJA	PENJELASAN / FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA	SATUAN	TARGET KINERJA				PENANGGUNG JAWAB
1. Meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit	Persentase Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan yang memenuhi standar	Data tersebut dapat diperoleh melalui Aplikasi Sarana, Prasarana & Peralatan Kesehatan (ASPAK) yang telah disediakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan.	ASPAK	%	56,02	58,02	59,02	60,02	Bidang Penunjang
	Cakupan Penduduk yang memanfaatkan RSUD	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan Pasien Baru di RSUD per Tahun}}{\text{Jumlah Penduduk Kabupaten Tebo}} \times 100\%$ Menilai penduduk yang memanfaatkan RSUD untuk mendapatkan pelayanan kesehatan perseorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya.	Laporan Tahunan	%	2,32	2,65	2,98	3,21	Bidang Pelayanan
2. Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan, tata kelola RS dan kepuasan masyarakat	Persentase penyelesaian administrasi yang akurat, lengkap dan tepat waktu	$\frac{\text{Jumlah laporan akurat, lengkap dan tepat waktu}}{\text{Jumlah Seluruh Laporan}} \times 100\%$ Jenis laporan tertera pada lampiran II Surat Keputusan Direktur ini.	Laporan Tahunan	%	80	85	90	100	Bagian Administrasi Umum dan Keuangan
	Persentase 12 Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit yang sesuai standar	$\frac{\text{Jumlah Indikator yang mencapai target}}{\text{Jumlah indikator mutu pelayanan}} \times 100\%$ Pengaturan Indikator Mutu digunakan sebagai acuan Pemerintah Daerah dan RSUD Sultan Thaha Saifuddin dalam pelaksanaan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatanseusia dengan Indikator Mutu yang ditetapkan.	Laporan Tahunan	%	80	85	90	100	Bidang Keperawatan

3. Meningkatkan Sumber Daya Manusia yang memenuhi standar kompetensi	Pemenuhan Dokter Spesialis Dasar dan Dokter Spesialis Penunjang di RSUD	JUMLAH DOKTER SPESIALIS DASAR DAN DOKTER SPESIALIS PENUNJANG	Laporan Tahunan	Orang	15	17	17	17	Bidang Pelayanan
	Persentase Sumber Daya Manusia yang berkompeten	$\frac{\text{jumlah pegawai yang bersertifikat}}{\text{jumlah pegawai di rumah sakit}} \times 100\%$ <p>Tenaga yang bersertifikat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan sesuai dengan bidangnya dan berkompeten. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Semakin tinggi persentase yang diperoleh, semakin baik mutu pelayanan rumah sakit.</p>	Kepegawaian	%	85	90	95	100	Bagian Administrasi Umum dan Keuangan
	Persentase Sarana dan Prasarana yang memenuhi standar	$\frac{\text{Jumlah Sarana dan Prasarana RS yang telah dipenuhi}}{\text{Jumlah sarana dan Prasaran RS yang harus tersedia}} \times 100\%$ <p>Sarana dan Prasarana Rumah Sakit yang sesuai dengan klasifikasi rumah sakit merupakan jumlah sarana dan prasarana yang sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.</p> <p>Data tersebut dapat diperoleh melalui Aplikasi Sarana, Prasarana & Peralatan Kesehatan (ASPAK) yang telah disediakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan.</p>	ASPAK	%	62,5	65,5	67,5	69,5	Seksi Penunjang Non Medik

	<p> Persentase pemeliharaan prasarana rumah sakit </p>	<p> Pemeliharaan Sarana dan Prasarana bertujuan untuk menambah usia sarana dan prasarana tersebut agar dapat dipakai dalam jangka waktu panjang. </p>	<p>Laporan Tahunan</p>	<p>%</p>	<p>80</p>	<p>85</p>	<p>90</p>	<p>100</p>	<p> Seksi Penunjang Non Medik </p>
	<p> Jumlah Alat kesehatan yang terkalibrasi </p>	<p> Kalibrasi adalah kegiatan peneraan untuk menentukan kebenaran nilai penunjukkan alat ukur dan/atau bahan ukur. Tujuan kalibrasi adalah menjamin tersedianya Alat Kesehatan yang sesuai standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, manfaat, keselamatan, dan laik pakai di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. </p>	<p>ASPAK</p>	<p>Alat</p>	<p>130</p>	<p>160</p>	<p>190</p>	<p>210</p>	<p> Seksi Penunjang Non Medik </p>
	<p> Jumlah pengadaan mebel tahun berjalan </p>	<p> Jumlah pengadaan mebeler dan elektronik dalam tahun berjalan untuk menunjang kegiatan pelayanan kesehatan agar masyarakat dapat secara maksimal menerima pelayanan yang paripurna dari RSUD Sultan Thaha Saifuddin. </p>	<p>Laporan Tahunan</p>	<p>Unit</p>	<p>50</p>	<p>52</p>	<p>56</p>	<p>60</p>	<p> Seksi Penunjang Non Medik </p>
	<p> Jumlah Pelayanan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM) RS yang berjalan dengan baik </p>	<p> Jumlah unit pelayanan yang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)-nya berjalan dengan baik. Target Unit Pelayanan yaitu : Rawat Jalan, Rekam Medik/Pendafaran, Rawat Inap, Farmasi, Casemix, Laboratorium & UTD, Kepegawaian, Keuangan dan Aset, Radiologi, Gizi dan IPSRS. SIMRS merupakan amanat Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Permenkes Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS). </p>	<p>Laporan Tahunan</p>	<p>Unit Pelayanan</p>	<p>5</p>	<p>7</p>	<p>9</p>	<p>10</p>	<p> Seksi Pelayanan Non Medik </p>

Jumlah kegiatan promosi kesehatan yang dilaksanakan	Jumlah kegiatan promis yang dilakukan setiap triwulan tahun berjalan	Laporan Triwulan	Kali	4	4	4	4	Seksi Pelayanan Non Medik
Jumlah Kunjungan pasien baru per tahun	Jumlah orang yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut milik pemerintah dan swasta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan perseorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap untuk pertama kalinya dalam satu tahun tertentu.	Laporan Tahunan	kunjungan	8087	8587	9087	9587	Seksi Pelayanan Non Medik
Jumlah Kunjungan pasien per tahun	Jumlah orang yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut milik pemerintah dan swasta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan perseorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap dalam satu tahun tertentu.	Laporan Tahunan	kunjungan	24527	28206	32437	37302	Seksi Pelayanan Non Medik
BTO (Bed turn Over / Angka perputaran Tempat Tidur)	$\frac{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$ BTO merupakan frekuensi pemakaian tempat tidur berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur rata-rata dipakai selama 1 tahun sebanyak 40 kali - 50 kali.	Laporan Triwulan	Kali	40	42	44	46	Seksi Pelayanan Non Medik

	LOS (Length of Stay/ Lama pasien dirawat)	Jumlah hari perawatan pasien keluar RS $\frac{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup+mati)}}{\text{Jumlah pasien dirawat}}$ AVLOS merupakan rata-rata lama rawatan seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran tentang mutu pelayanan. Secara umum AVLOS yang ideal antara 6 hari - 9 hari.	Laporan Triwulan	Hari	6	7	8	8	Seksi Pelayanan Non Medik
	TOI (Turn Over Interval/ Tenggang Perputaran)	$\frac{\text{Jumlah tempat tidur x hari} - \text{hari perawatan RS}}{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup+mati)}}$ TOI merupakan rata-rata hari tempat tidur yang tidak ditempati dari saat terisi sampai saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur. Idelanya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1 hari - 3 hari.	Laporan Triwulan	Hari	1	2	2	3	Seksi Pelayanan Non Medik
	GDR (Gross Death Rate/ Angka kematian umum setiap 1000 penderita keluar)	$\frac{\text{Jumlah pasien keluar mati}}{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup+mati)}} \times 100\%$ GDR adalah angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Nilai GDR sebaiknya tidak lebih dari 45 orang yang mati per 1000 penderita keluar RS.	Laporan Triwulan	%o	0,045	0,044	0,043	0,043	Seksi Pelayanan Non Medik
	Jumlah Dokumen Laporan yang akurat, lengkap dan tepat waktu	Jumlah laporan dan dokumen yang akurat, lengkap dan tepat waktu	Laporan Triwulan	Laporan	35	35	35	35	Subbagian Perencanaan & Evaluasi

Kepatuhan identifikasi pasien	<p>$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi}} \times 100\%$</p> <p>Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	Laporan Triwulan	%	100	100	100	100	100	Seksi Pelayanan Medik dan Seksi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan
Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)	<p>$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh pasien}}$</p> <p>Kecelakaan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai dengan mendapat pelayanan dokter. (dalam satuan menit). Idealnya waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat adalah <5 menit</p>	Laporan Triwulan	%	100	100	100	100	100	Seksi Pelayanan Medik
Waktu tunggu rawat jalan	<p>$\frac{\text{Jumlah waktu tunggu ≤60 menit pasien rawat jalan}}{\text{Jumlah waktu tunggu pasien rawat jalan yang diobservasi}}$</p> <p>Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter. Idealnya waktu tunggu rawat jalan tersebut adalah ≤ 60 menit.</p>	Laporan Triwulan	menit	60	60	60	60	60	Seksi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan dan Kepala Instalasi Rawat Jalan

		<p>Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>							
	<p>Penundaan operasi elektif</p>	<p>$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$</p> <p>Operasi Elektif adalah operasi yang telah direncanakan. Penundaan operasi elektif adalah operasi yang dibatalkan karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan pperasi, fasilitas (ruangan atau peralatan tidak dapat dipakai disebabkan kondisi diluar kendali manajemen). Idealnya persentase penundaan operasi elektif adalah < 5%.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	<p>Laporan Triwulan</p>	<p>%</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>Seksi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan dan Kepala Instalasi Bedah Sentral</p>

Waktu tanggap Operasi Seksio Sesarea emergensi		<p><i>Jumlah pasien yang diputuskan tindakan SC emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesare ≤ 30 menit</i></p> $\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesare emergensi kategori I}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesare emergensi kategori I}} \times 100\%$ <p>Seksio sesarea emergensi kategori I misalnya : fetal distress menetap, prolapse tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent, rupture uteri, perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.</p> <p>Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesare yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.</p> <p>Target yang ingin dicapai di RSUD yaitu dibawah 60 menit.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	Laporan Triwulan	menit	60	60	60	60	Seksi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan dan Kepala Instalasi Bedah Sentral
Kepatuhan jam visite dokter spesialis		<p><i>Jumlah pasien yang di – visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00</i></p> $\frac{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}}{\text{Jumlah pasien yang di – visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00}} \times 100\%$ <p>Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 06.00 sampai dengan 14.00</p>	Laporan Triwulan	%	80	85	90	90	Seksi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan dan Kepala Instalasi Rawat Inap

		Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.						
Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium (≤30 menit)	$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$ <p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan hasil jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (baik secara lisan atau tulisan). Untuk lisan harus ada bukti TULBAK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang ditulis direkam medik.</p> <p>Standarnya harus diterima dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	Laporan Triwulan	%	100	100	100	100	Seksi Penunjang Medik dan Kepala Instalasi Laboratorium

Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	$\frac{\text{Jumlah item resep (R /) yang sesuai Fornas}}{\text{Jumlah item resep (R /) yang diobservasi}} \times 100\%$ <p>Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk pasien JKN. Standar kepatuhan penggunaan Formularium Nasional adalah $\geq 80\%$.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	Laporan Triwulan	%	80	85	90	90	Seksi Pelayanan Non Medik dan Kepala Instalasi Farmasi
Kepatuhan kebersihan tangan (Hand Hygiene)	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$ <p>Kepatuhan kebersihan tangan adalah kepatuhan petugas rumah sakit dalam menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan baik menggunakan sabun atau handrub (antiseptik pembersih tangan) sesuai dengan 5 momen cuci tangan.</p> <p>Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien</p>	Laporan Triwulan	%	85	90	95	95	Seksi Pelayanan Medik dan Komite PPI RS

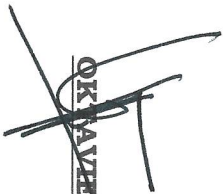
		<p>dengan cara mengurangi risiko yang terkait pelayanan kesehatan.</p> <p>Standar kepatuhan kebersihan tangan adalah ≥ 85%.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>							
	Kepatuhan upaya pencegahan jatuh	<p> $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100\%$ </p> <p>Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi : Asesment awal risiko jatuh, Asesment ulang risiko jatuh dan Intervensi pencegahan risiko jatuh. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	Laporan Triwulan	%	100	100	100	100	Seksi Asuhan Keperawatan

Kepatuhan terhadap clinical pathway		<p><i>Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway</i> $\frac{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA}}{\text{pada clinical pathway yang diobservasi}} \times 100\%$</p> <p>Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.</p> <p>Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpatu/ terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medik, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	Laporan Triwulan	%	80	85	90	90	Seksi Pelayanan Medik, Seksi Asuhan Keperawatan, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain
Kepuasan pasien dan keluarga		<p>Nilai rata-rata SKM Rumah Sakit</p> <p>SKM merupakan nilai rata-rata hasil penilaian pelanggan RS terhadap pelayanan yang diterimanya baik kualitas pelayanan dan <i>performance</i> petugas dari berbagai jenis pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah sakit.</p> <p>Nilai survei kepuasan masyarakat yang ideal dapat dilihat pada Permenpan No. 14 Tahun</p>	Hasil Survei/ Laporan Semester	%	80	85	85	85	Seksi Pelayanan Medik dan Komite Mutu

		2017 tentang Survei Kepuasan Masyarakat. Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.						Kasubag Administrasi Umum & SDM
Kecepatan respon terhadap komplain	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$ <p>Kecepatan waktu tanggap complain adalah rentang waktu Rumah Sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan <i>grading</i> risiko analisis hingga tindak lanjutnya.</p> <p>Tergambaranya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.</p> <p>Pelaksanaan perhitungan indikator tertera pada Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.</p>	Laporan Triwulan	%	75	75	80	80	Kasubag Administrasi Umum & SDM
Jumlah SDM tenaga Kesehatan yang memiliki STR dan SIP	Tenaga kesehatan yang memiliki STR dan SIP sebagai syarat tenaga kesehatan memberikan pelayanan kepada masyarakat. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit.	Laporan Tahunan	Orang	230	230	230	230	Kasubag Administrasi Umum & SDM

	Jumlah SDM Kesehatan yang memiliki sertifikat pelatihan yang menunjang profesinya	Tenaga kesehatan yang bersertifikat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan sesuai dengan bidangnya dan berkompeten. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit.	Laporan Tahunan	Orang	200	210	220	230	Kasubbag Administrasi Umum & SDM
	Jumlah SDM Non Kesehatan yang memiliki sertifikat pelatihan yang menunjang profesinya	Tenaga kesehatan yang bersertifikat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan sesuai dengan bidangnya dan berkompeten. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit.		Orang	120	130	140	150	Kasubbag Administrasi Umum & SDM
	CRR (Cost Recovery Ratio)	$\frac{\text{Pendapatan operasional RS}}{\text{Belanja operasional RS}} \times 100\%$ <p>CRR merupakan indikator yang menggambarkan tingkat kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan operasionalnya. Semakin tinggi nilai CRR semakin mandiri rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan operasional. Standar CRR adalah $\geq 40\%$</p>	Laporan Tahunan	%	≥ 40	≥ 40	≥ 40	≥ 40	Subbagian Keuangan dan Aset

Direktur,


OKAYZENNI

LAPORAN PENDUKUNG DOKUMEN YANG AKURAT,
LENGKAP DAN TEPAT WAKTU

No	Jenis Laporan	Jumlah	Satuan	Akurat	Lengkap	Tepat Waktu	Penanggung Jawab
1	Laporan Kinerja Instansi Pemerintah	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Februari Tahun Berikutnya	Kasubbag Perencanaan & Evaluasi
2	Laporan Analisa Standar Pelayanan Minimal	4	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap 3 bulan sekali sebelum tanggal 10	Kasubbag Perencanaan & Evaluasi
3	Laporan Monev dari Rencana Aksi	4	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap 3 bulan sekali sebelum tanggal 10	Kasubbag Perencanaan & Evaluasi
4	Laporan SPO Perencanaan dan Evaluasi	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Perencanaan & Evaluasi
5	Laporan Keuangan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Februari Tahun Berikutnya	Kasubbag Keuangan dan Aset
6	Laporan SPJ Fungsional	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 10	Kasubbag Keuangan dan Aset
7	Laporan BKU Penerimaan	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 10	Kasubbag Keuangan dan Aset
8	Laporan BKU Pengeluaran	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 10	Kasubbag Keuangan dan Aset
9	Laporan Standar Pelayanan Minimal di Keuangan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Keuangan dan Aset
10	Laporan SPO Keuangan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Keuangan dan Aset
11	Laporan Daftar Urut Kepangkatan	2	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap 6 bulan sekali (Juni dan Desember setiap tahun)	Kasubbag Administrasi Umum dan SDM

No	Jenis Laporan	Jumlah	Satuan	Akurat	Lengkap	Tepat Waktu	Penanggung Jawab
12	Laporan Pengembangan SDM (Pendidikan dan Pelatihan)	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Administrasi Umum dan SDM
13	Laporan Pegawai yang memiliki STR & SIP	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Administrasi Umum dan SDM
14	Laporan Standar Pelayanan Minimal di Umum dan Kepegawaian	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Administrasi Umum dan SDM
15	Laporan Handling Complain	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Administrasi Umum dan SDM
16	Laporan SPO Administrasi Umum dan SDM	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasubbag Administrasi Umum dan SDM
17	Laporan Pemeliharaan Alat Kesehatan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Penunjang Non Medik
18	Laporan Kalibrasi Alat Kesehatan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Penunjang Non Medik
19	Laporan Pemeliharaan Gedung	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Penunjang Non Medik
20	Laporan Pemeliharaan Kendaraan Dinas	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Penunjang Non Medik
21	Laporan SPO Penunjang Non Medik	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Penunjang Non Medik

No	Jenis Laporan	Jumlah	Satuan	Akurat	Lengkap	Tepat Waktu	Penanggung Jawab
22	Laporan Standar Pelayanan Minimal di Penunjang Non Medik	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Penunjang Non Medik
23	Laporan penggunaan BHP di Laboratorium dan jumlah pasien	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Penunjang Medik
24	Laporan penggunaan BHP di rawat inap dan jumlah pasien	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Penunjang Medik
25	Laporan SPO Penunjang Medik	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Penunjang Medik
26	Laporan Standar Pelayanan Minimal di Penunjang Medik	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Penunjang Medik
27	Laporan penggunaan obat sesuai dengan fornass	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Pelayanan Non Medik
28	Laporan 10 Penyakit Terbesar	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Pelayanan Non Medik
29	Laporan Indikator Pelayanan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Pelayanan Non Medik
30	Laporan SPO Pelayanan Non Medik	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Pelayanan Non Medik
31	Laporan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Non Medik	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Pelayanan Non Medik
32	Laporan Kepuasan Masyarakat	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Pelayanan Medik
33	Laporan 13 Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap Akhir Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Pelayanan Medik

No	Jenis Laporan	Jumlah	Satuan	Akurat	Lengkap	Tepat Waktu	Penanggung Jawab
34	Laporan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Medik	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Pelayanan Medik
35	Panduan Clinical Pathway	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Pelayanan Medik
36	Laporan Asuhan Keperawatan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Asuhan Keperawatan
37	Laporan SPO Bidang Keperawatan	1	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap tanggal 3 Bulan Januari Tahun berikutnya	Kasi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan
38	Laporan Standar Pelayanan Minimal di Keperawatan	12	Laporan	Terlampir data Pendukung		Setiap bulan sebelum tanggal 5	Kasi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan

Direktur,


OKTAVIENNI