



BUPATI KUNINGAN
PROVINSI JAWA BARAT

KEPUTUSAN BUPATI KUNINGAN
NOMOR : 100.7.1 /KPTS : 664 - RSUD 45/2025

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH 45
KABUPATEN KUNINGAN

BUPATI KUNINGAN,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 2, Pasal 3 ayat (1) huruf b, Pasal 4 dan Pasal 6 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/ 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, bidang kesehatan merupakan salah satu jenis pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib pemerintah yang berhak diperoleh warga Negara secara minimal berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan, keterukuran dan ketepatan sasaran;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar layanan minimal ditetapkan sebagai alat ukur mutu pelayanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja Rumah Sakit Umum Daerah 45 Kabupaten Kuningan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah 45 Kabupaten Kuningan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023;

3. Undang-undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah;
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 106 Tahun 2024 tentang Kabupaten Kuningan di Provinsi Jawa Barat;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
13. Peraturan Daerah Kabupaten Kuningan Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

- KESATU** : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah 45 Kabupaten Kuningan yang disingkat (SPM) adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
- KEDUA** : Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah 45 Kabupaten Kuningan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, yang di satu pihak pemberi pelayanan dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain, dimana tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
- KETIGA** : Penyusunan SPM bertujuan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman perintah dari pembuat kebijakan dan

praktisi pemberi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target atau capaian waktu, serta cara perhitungan pencapaian kinerja dan mutu layanan yang diberikan kepada masyarakat.

- KEEMPAT : RSUD 45 Kabupaten Kuningan mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan.
- KELIMA : Indikator, Standar, Uraian Standar Pelayanan Minimal dan Target Capaian dimaksud Diktum KETIGA sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Kuningan
pada tanggal 27 Mei 2023



LAMPIRAN KEPUTUSAN BUPATI KUNINGAN

NOMOR : 400.71 /KPTS. 664- RSUD 45 /2020
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH 45 KABUPATEN KUNINGAN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH 45 KABUPATEN KUNINGAN

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN AWAL TAHUN (2024)	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2025	2026	2027	2028	2029	
1	Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan Menangani <i>Live Saving</i> di IGD	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			2. Pemberi Pelayanan Kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD	100%	57,75	60	65	70	75	80	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1	1	1	1	2	2	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat	≤5 menit setelah pasien datang	1.8	5 meit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			6. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Output	7. Kematian pasien ≤24 jam di IGD	≤ 2 perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	7/1000	6/1000	5/1000	4/1000	3/1000	2/1000	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Outcome	8. Kepuasan pelanggan/IKM	≥ 70%	77,50	78%	79%	80%	81%	82%	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2	Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
			2. Pemberi pelayanan di klinik Spesialis	100% dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
		Proses	3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	100% 08.00 s/d 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00 diseluruh rawat jalan)	100%	100%	100%	100%	90%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
			4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤60 menit	78,1	70 menit	60 menit	60 menit	60 menit	55 menit	Kepala Instalasi Rawat jalan
			5. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberculosis	≥ 60%	60%	60%	60%	60%	60%		Kepala Instalasi Rawat jalan
			6. Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
			7. Ketersedian Pelayanan VCT/HIV	100% Tersedia tenaga terlatih	100	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
		Output	8. Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
			9. Peresepan obat sesuai formularium	100%	94,50	95%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥80%	79,42	80%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi Rawat jalan

3	Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan Pelayanan	100% Sesuai jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			2. Pemberian pelayanan di Rawat Inap (dr. Spesialis & Perawat minimal D3)	100% Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			3. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian (tempat tidur dengan pengaman)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Proses	5. Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap	100% Dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			6. Jam visit Dokter Spesialis	100% jam 08.00 s/d 14.00	96,%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			7. Kejadian Infeksi Pasca operasi	≤1.5%	-	1.5%	1.5%	1.5%	.5%	1.5%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			8. Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 9%	-	10%	9%	9%	9%	9%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			10. Pasien rawat inap tuberculosi yang dilayani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			11. pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥60%	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh (APS)	≤5%	2,73%	5%	5%	5%	5%	5%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			13. Kematian ≤48 jam	≤ 0.24%	0,21%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Outcome	14. Kepuasan pelanggan (IKM)	≥ 90%	82,53%	90%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Rawat Inap

4	Pelayanan Bedah Sentral (Kamar Operasi)	Input	1. Ketersediaan Tim Operator	100% Sesuai dengan kelas rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah sentral
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	100% Sesuai aspek kelas Rumah Sakit	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah sentral
		Proses	3. Waktu tunggu Operasi Elektif	≤2 Hari	2 hari	2 Hari	2 Hari	2 Hari	2 Hari	2 Hari	Kepala Instalasi Bedah sentral
			4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah sentral
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah sentral
			6. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah sentral
			7. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah sentral
			8. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	0	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	Kepala Instalasi Anestesi reanimasi
		Output	9. Kejadian kematian dimeja operasi	≤1 %	0	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	Kepala Instalasi Bedah sentral
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	-	80%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi Bedah sentral

5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	dr Sp. OG dr. Umum Bidan	50% - 50%	50% 20% 30%	50% 20% 30%	50% 20% 30%	50% 20% 30%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
			2. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit	100% Tim Ponek Terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
			3. Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100% dr. Sp. OG dr. Sp. A dr. Sp. An	100% - 100%	100% 50% 100%	100% 60% 100%	100% 70% 100%	100% 80% 100%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
			4. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100%	98,7%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
			5. Kemampuan Menangani Bayi lahir dengan asfiksia	100%	98%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesarean pasien non rujukan	≤ 20 %	66,80%	60 %	50 %	40 %	30 %	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
			7. Presentase Peserta KB Mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
			8. Presentase Konseling KB mantap (Vasektomi & Tubekomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten :	Dr. Sp. Og, Dr Sp.B dr. Umum	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
		Output	9. Kejadian Kematian ibu karena persalinan	Pendarahan Eklamsi Sepsis	1,7% 0% 0%	< 1% < 30% 0.2%	< 1% < 30% < 0.2%	< 1% < 30% < 0.2%	< 1% < 30% < 0.2%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
		Outcome	10. Kepuasan Pelanggan/IKM	≥ 80%	85,11%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi kebidanan dan Perinatologi
6.	Rawat Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan intensif a. dr. Anestesi b. Dokter Spesialis c. Dokter Umum d. Perawat bersertifikat ICU	Ka. Instalasi DPJP dr jaga perawat Klinis	100% 100% 100% 56,2%	100% 100% 100% 60%	100% 100% 100% 70%	100% 100% 100% 80%	100% 100% 100% 90%	Kepala Instalasi Intensif
			2. Ketersediaan Fasilitas dan Perlatan ICU	100% Sesuai aspek kelas Rumah Sakit	-	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Intensif
		Proses	3. Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	≥ 85%	95,87%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Intensif

			4. Kejadian Infeksi Nasokomial	< 21%	-	21%	21%	21%	21%	18	Kepala Instalasi Intensif
		Output	5. Rata-rata Pasien yang kembali ke ruang perawatan intensif dengan kasus yang sama <73 jam (3 hari)	≤ 3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	Kepala Instalasi Intensif
		Outcome	6. Kepuasan Pelanggan/IKM	≥ 75%	-	75%	75%	75%	75%	75%	Kepala Instalasi Intensif
7	Radiologi	Input	1. Pemberi Pelayanan radiologi	100% dr Spesialis Radiologi Radiografer	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	Kepala Instalasi Radiologi
			2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Radiologi	100% Sesuai Aspek rumah kelas B	70%	85%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Proses	3. Waktu Tunggu hasil Pelayanan Thorax foto (jam)	≤ 3 jam	6 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	Kepala Instalasi Radiologi
			4. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	Kepala Instalasi Radiologi
			5. Tidak terjadi kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Output	6. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100% dr. Sp. Rad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan/IKM	≥ 80%	92,8%	80%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi Radiologi
8.	Lab. Patologi Klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	100% Sesuai kelas Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik	100% Sesuai Aspek rumah kelas B	-	70%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		Proses	3. Waktu Tunggu hasil Pelayanan laboratorium	≤ 120 menit kimia darah & darah rutin	124 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	Kepala Instalasi Laboratorium
			4. Tidak ada kejadian tertukar sampel pemeriksaan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			5. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			6. Kemampuan pemeriksaan HIV-AIDS	100% Tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Kepala Instalasi Laboratorium

[illegible]

[illegible]

[illegible]

			hasil pertemuan tingkat direksi								sakit
			9. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Umum dan SDK
			10. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Umum dan SDK
			11. Pelaksanaan rencana Pengembangan SDM	≥ 90%	-	90%	90%	90%	90%	90%	Kepala Bagian Umum dan SDK
			12. Ketepatan waktu pengusulan laporan keuangan	100% setiap tgl 10	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Keuangan
			13. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap	≤ 2 jam	3 Jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	Kepala Bagian Keuangan
			14. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Direktur rumah sakit
		Output	15. <i>Cost Recovery</i>	≥ 40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	Kepala Bagian Keuangan
			16. Karyawan yang mendapat pelatihan ≥ 20 jam per tahun	≥ 60%	30%	40%	50%	60%	60%	60%	Kepala Bagian Umum dan SDK
		Outcome	17. Kecepatan waktu pemberian jasa pelayanan (intensif)	100% Tgl 5 s/d tgl 10	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Keuangan
17	Ambulance / Kereta Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulance dan mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Bagian Umum dan SDK
			2. Tenaga pemberi pelayanan ambulance dan pengantaran jenazah	100% Sopir ambulan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Umum dan SDK
			3. Ketersediaan mobil ambulance dan mobil jenazah	100% Mobil ambulance mobil jenazah berbeda	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi kamar jenazah dan forensik
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit	< 30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	Penanggung jawab ambulance
			5. Respon time pelayanan mobil jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan	< 30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	Penanggungjawab ambulance
		Output	6. Tidak terjadi kecelakaan ambulance/ mobil jenazah yang menyebabkan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Penanggungjawab ambulance

			kecacatan atau kematian								
18	Pemulasaran Jenazah	Input	1. Tersedia pelayanan perawatan jenazah dan forensik	100% Tersedia	100% tersedia	100% tersedia	100% tersedia	100% tersedia	100% tersedia	100% tersedia	Kepala Instalasi Kamar jenazah dan Forensik
			2. Tersedia fasilitas dan peralatan pelayanan jenazah dan forensik	100% Sesuai Aspak rumah kelas B	-	80%	85%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Kamar jenazah dan Forensik
			3. ketersediaan tenaga di Intalasi Kamar Jenazah dan Forensik	Ada SK direktur penugasan tenaga	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Direktur rumah sakit
		Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	Kepala Instalasi Kamar jenazah dan Forensik
			5. Perawatan Jenazah sesuai <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Kamar jenazah dan Forensik
		Outut	6. Tidak terjadi kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Kamar jenazah dan Forensik
19	Pelayanan Laundry	Input	1. Tersedia pelayanan CSSD dan laundry	100 % Tersedia	Tersedia	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
			2. Ada penanggungjawab pelayanan laundry	100% Ada SK Direktur	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
			3. Ada penanggungjawab pelayanan CSSD	100% Ada SK Direktur	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
			4. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan CSSD dan laundry	100% Sesuai Aspak rumah kelas B	-	70%	80%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
		Proses	5. Kecepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap dan ruangan pelayanan rumah sakit	Tersedia 24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
			6. Kecepatan waktu penyediaan instrumen steril untuk kamar operasi dan ruangan pelayanan	Tersedia 24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi CSSD dan laundry

			7. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
		Output	8. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
			9. Ketersediaan linen untuk rawat inap	100% 3 Set x jumlah tempat tidur	2 set	2 set	2 set	2,5 set	3 set	3 set	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
			10. Ketersediaan linen dan instrumen steril untuk kamar operasi	100% Selalu tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi CSSD dan laundry
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1. Ada penanggungjawab pemeliharaan sarana rumah sakit	100% Ada SK direktur	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Kepala IPSRS
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala IPSRS
		Proses	3. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat setelah di laporkan	15 menit	20 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	Kepala IPSRS
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	99.33%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
			5. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu	100%	97,3%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
		Output	6. Peralatan laboratorium dan alat ukur terkalibrasi	100%	97,30%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1. Tersedia Anggota Panitia PPI yang terlatih	Anggota Panitia PPI yang terlatih $\geq 75\%$	83%	75%	75%	80%	90%	100%	Ketua Panitia PPI
			2. Tersedia APD di setiap instalasi	$\geq 60\%$	60%	60%	65%	70%	75%	80%	Ketua Panitia PPI
			3. Rencana program PPI	100% Ada	Ada	ada	ada	ada	ada	ada	Ketua Panitia PPI
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Panitia PPI
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	70%	80%	90%	100%	100%	Ketua Panitia PPI
		Output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di	$\geq 75\%$	70%	75%	80%	80%	85%	90%	Ketua Panitia PPI

			Rumah Sakit								
		Outcome	7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤1.5%	-	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	Ketua Panitia PPI
			8. Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤1.5%	-	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	Ketua Panitia PPI
			9. Angka kejadian Luka Decubitus	≤ 2%	-	2%	2%	2%	2%	2%	Ketua Panitia PPI
			10. Angka kejadian Flebitis	≤ 2%	-	2%	2%	2%	2%	2%	Ketua Panitia PPI


 BUPATI KUNINGAN,
 DIAN RACHMAT YANUAR