



# STANDAR PELAYANAN MINIMAL

## 2024

---

**UPT RSUD NENE MALLOMO  
SIDENRENG RAPPANG**

## **KATA PENGANTAR**

*Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Kuasa karena dengan rahmat dan bimbingan-Nya, UPT RSUD Nene Mallomo telah menetapkan standar pelayanan minimal. Standar tersebut berdasarkan standar yang telah diatur oleh peraturan Gubernur Nomor 139 Tahun 2009 tentang Petunjuk Teknis Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit di Provinsi Sulawesi Selatan.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit yang telah ditetapkan secara nasional melalui Keputusan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 disusun sebagai pedoman untuk menentukan tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan di UPT RSUD Nene Mallomo.

Pedoman yang disusun bertujuan untuk memudahkan pengelolaan dan tata laksana SPM di rumah sakit kami. Dengan ditetapkannya Peraturan Gubernur Nomor 139 Tahun 2008. Maka telah tersedia acuan bagi kami dalam pengelolaan dan tata laksana SPM di UPT RSUD Nene Mallomo.

Pada kesempatan ini, saya ucapkan terima kasih kepada pihak yang telah membantu dan memberikan kontribusi pemikirannya sehingga penyusunan SPM ini telah tersusun, semoga membawa manfaat khususnya dalam peningkatan pengelolaan pelayanan UPT RSUD Nene Mallomo.

Harapan kami kedepan, agar hasil dari penyusunan SPM UPT RSUD Nene Mallomo kami dapat meningkatkan pelayanan di Unit masing-masing pelayanan dengan menggunakan dan mempertimbangkan sumber daya yang dimiliki.

*Wabillahi taufiq wal hidayah, Wassalamualaikum Warahmatullahi  
Wabarakatuh*

Pangkajene Sidenreng, 27 Februari 2024  
**Direktur UPT RSUD Nene Mallomo**



**drg. Hj. Sahriah Usman, Sp. KG**  
Pangkat Pembina Tk.I, IV/b  
NIP. 19740715 200312 2 009

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>I</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>III</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. UMUM.....	2
B. LANDASAN HUKUM .....	2
C. STRUKTUR ORGANISASI.....	4
D. SUMBER DAYA MANUSIA .....	5
E. TUJUAN .....	7
F. PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP .....	8
G. HAK DAN KEWAJIBAN RUMAH SAKIT DALAM PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL.....	10
H. METODOLOGI PENYUSUNAN SPM.....	14
I. SUMBER DANA RUMAH SAKIT .....	15
<b>BAB II INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL</b>	
A. JENIS PELAYANAN.....	16
B. STANDAR INPUT .....	18
C. MEKANISME PENGUKURAN .....	22
<b>BAB III JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT NENE MALLOMO KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG</b>	
A. JENIS PELAYANAN.....	24
B. ALUR PELAYANAN .....	26
<b>BAB IV URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL</b>	
A. PELAYANAN GAWAT DARURAT .....	45
B. PELAYANAN RAWAT JALAN .....	49
C. PELAYANAN RAWAT INAP .....	53
D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL.....	59
E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI.....	62

F. PELAYANAN INTENSIF .....	67
G. PELAYANAN RADIOLOGI.....	68
H. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK.....	70
I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK.....	72
J. PELAYANAN FARMASI.....	74
K. PELAYANAN GIZI .....	76
L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH .....	78
M. PELAYANAN GAKIN.....	79
N. REKAM MEDIK .....	79
O. PENGOLAHAN LIMBAH.....	81
P. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN.....	83
Q. AMBULANCE.....	87
R. PEMULASARAN JENAZAH.....	88
S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT.....	89
T. PELAYANAN LAUNDRY.....	90
U. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI.....	90
V. MASUKAN TENTANG PELAKSANAAN TB DI RUMAH SAKIT.....	92

## **BAB V ANALISIS CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

A. STANDAR INPUT .....	95
B. STANDAR OUTPUT.....	109

## **BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

A. KESIMPULAN .....	
B. REKOMENDASI.....	

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. UMUM**

Rumah Sakit pemerintah secara bertahap diharapkan dapat mengembangkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan holistik seiring dengan perkembangan jenis penyakit, kemajuan ilmu kedokteran serta peningkatan pendapatan dan pendidikan masyarakat. Kondisi tersebut akan dapat terwujud apabila jumlah dan jenis serta mutu layanan dapat disediakan dan ditingkatkan oleh unsur-unsur yang berperan dalam menentukan arah kebijakan dan pelaksanaan operasional rumah sakit. Pemerintah sebagai eksekutor kebijakan publik telah mengeluarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95/PMK.05/2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum yang memberikan peluang bagi setiap rumah sakit pemerintah untuk lebih leluasa menentukan keputusan-keputusan strategis dan operasionalnya sehingga dapat melepaskan diri dari sekat-sekat birokrasi yang kadang justru menghambat pencapaian visi rumah sakit itu sendiri. Tentu saja keleluasaan itu mensyaratkan rumah sakit untuk menjalankan praktik-praktik bisnis yang sehat, dikelola oleh orang-orang yang profesional sehingga diharapkan rumah sakit mampu bertahan bahkan bersaing atau mandiri dengan tetap sinergi dengan program-program pelayanan kesehatan yang ditetapkan pemerintah.

Suatu pilihan yang tepat bagi Badan Pelayanan Kesehatan yakni UPT RSUD Nene Mallomo sebagai penyedia jasa layanan kesehatan di Kabupaten Sidenreng Rappang Provinsi Sulawesi Selatan merespon peraturan pemerintah tersebut dengan menjadi Badan Layanan Umum Daerah sesuai

Surat Keputusan Bupati Sidenreng Rappang Nomor 418/XII/2015 tentang Penetapan Badan Layanan Umum Daerah Penuh UPT RSUD Nene Mallomo Kab. Sidenreng Rappang. Sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) UPT RSUD Nene Mallomo adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan jasa pelayanan kesehatan yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

Implementasi praktek bisnis yang sehat sesuai prinsip efisiensi dan produktivitas hanya jika, kinerja rumah sakit dapat diukur, di evaluasi dan dijadikan umpan balik perencanaan berikutnya. Siklus tersebut membutuhkan suatu dokumen standar tentang penyelenggaraan pelayanan (pelayanan medik, penunjang medik, keperawatan dan manajemen) yang minimal harus diselenggarakan oleh Rumah Sakit atau Standar Pelayanan Minimal (SPM), yang selanjutnya akan dijadikan target pembanding apakah pelayanan rumah sakit produktivitasnya bertumbuh secara efisien sesuai dengan kualitasnya diharapkan dari tahun ke tahun.

## **B. LANDASAN HUKUM**

Penyusunan SPM tidak lepas dari berbagai aturan yang dijadikan landasan penyusunannya, yaitu:

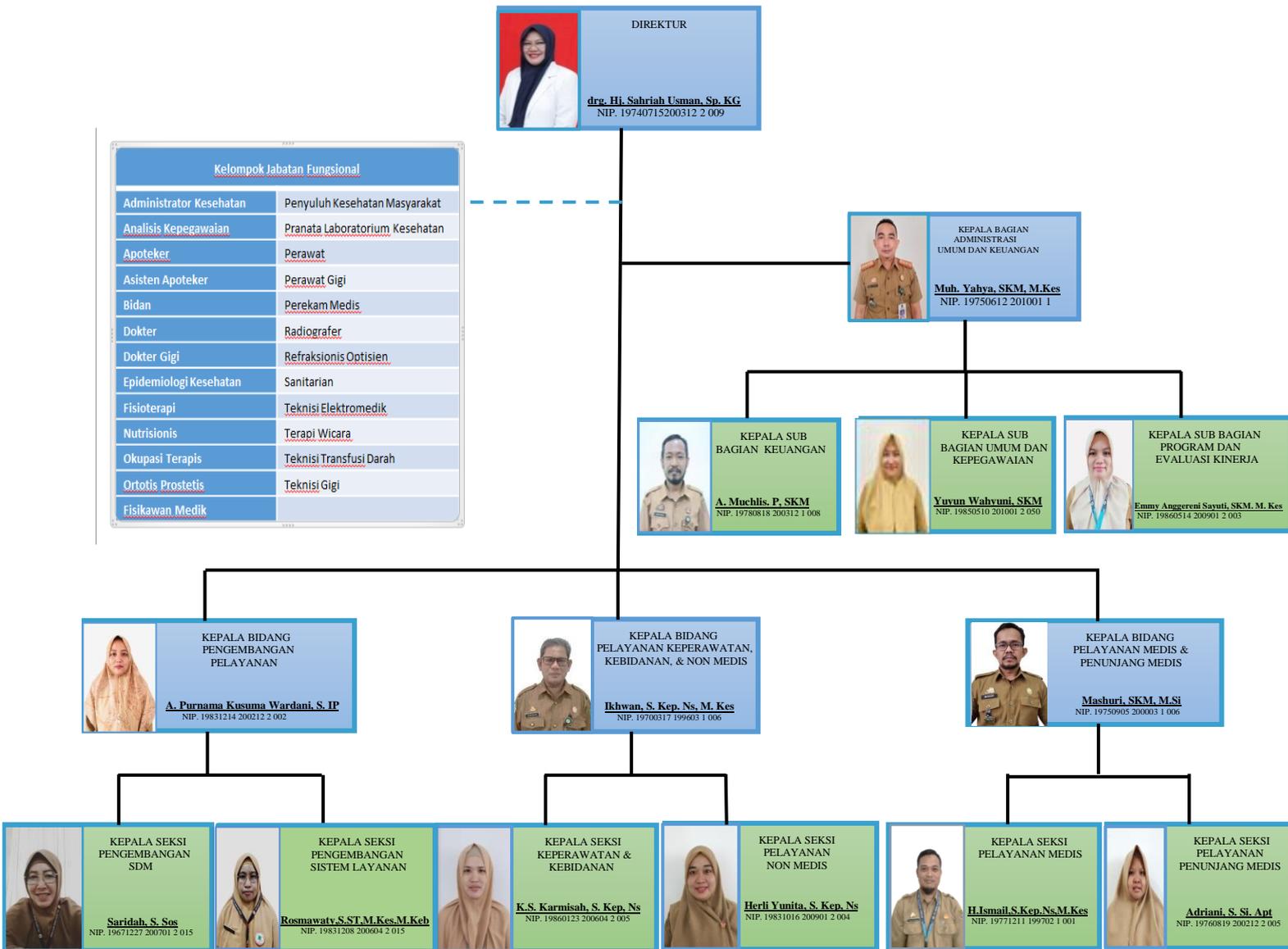
1. UU Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah.
2. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95/PMK.05/2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2019 tentang standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2016 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan.
9. Keputusan Bupati Sidenreng Rappang Nomor 418/XII/2015 tentang Penetapan Badan Layanan Umum Daerah Penuh UPT RSUD Nene Mallomo Kab. Sidenreng Rappang.

### C. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur organisasi UPT RSUD Nene Mallomo adalah sebagai berikut :

#### STRUKTUR ORGANISASI UPT RSUD NENE MALLOMO KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG



**D. SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)**

Tabel 1 : Jumlah tenaga yang bekerja di UPT RSUD Nene Mallomo Per 31 Desember 2024

No	Jenis SDM	Jumlah			TOTAL
		PNS	PPPK	NON PNS	
1	Struktural	14			14
2	Dokter Spesialis	17			17
	a. Penyakit Dalam	3			3
	b. Spesialis Mata	1			1
	c. Spesialis Anak	1			1
	d. Spesialis Bedah	1			1
	e. Spesialis Syaraf	1			1
	f. Spesialis Radiologi	1			1
	g. Spesialis Obgyne	2			2
	h. Spesialis Jantung	1			1
	i. Spesialis THT	1			1
	j. Spesialis Kulit Kelamin	1			1
	k. Anastesi	1			1
	l. Spesialis Patologi Klinik	1			1
	m. Kesehatan Jiwa	1			1
	n. Spesialis Gizi Klinis	1			1
3	Dokter Gigi	1			1
4	Dokter Spesialis Gigi	2			2
5	Dokter Umum	6	4		10
6	Farmasi (S2)	1			1
7	Apoteker	13	8	0	21
8	Teknisi Farmasi (S1)	2		1	3

9	Asisten Farmasi (D3)	3	4		7
10	Promkes / Penyuluh	6	1		7
11	Kesling / Sanitarian	4	3	4	11
12	Adminkes S2	2			2
13	Adminkes S1	12	5	6	23
14	SKM (Epidemilogis)	4	3	2	9
15	Perawat (S2)	6			6
16	Perawat Profesi Ners	81	60	25	166
17	Perawat (S1)	2		2	4
18	Perawat (D.IV)	2			2
19	Perawat (D.III)	23	40	22	85
20	Anastesi	3			3
21	Perawat Gigi	2	3	1	6
22	Bidan (S2)	1			1
23	Profesi Bidan	8			8
2	Bidan (D4)	3	1	4	8
24	Bidan (D3)	9	20	35	64
25	Radiologis (D3)	7	1		8
26	Laboratorium (S1)		1		1
	Analisis Kesehatan (D4)	3	1		4
27	Analisis Kesehatan (D3)	2	3	6	11
28	Nutrisionis (S1)	3		3	6
29	Nutrisionis (D3)	5			5
30	Teknisi Elektromedis (S1)	3			3
31	Teknisi Elektromedis (D4)	1			1
32	Fisikawan Medis	1			1
33	Fisioterapi (S1)	3		1	4
34	Fisioterapi (D3)	2	1	1	4
35	Perekam Medik	1	1		2
36	Teknologi Transfusi Darah	1			1
37	Kesehatan Kerja		2		2

38	Non Paramedis	5		2	7
39	Psikologis		1		1
40	Tehnik Informatika			3	3
42	Akuntansi (D4)			2	2
44	Listrik			2	2
45	Perpajakan			1	1
46	SMA / SMK	12		16	28
47	SMP	1			1
	TOTAL	277	163	139	579

*Sumber data : SDM K UPT RSUD Nene Mallomo tahun 2024*

## **E. TUJUAN**

Sebagai instrumen pengendalian rumah sakit, maka Standar Pelayanan Minimal (SPM) menjadi hal yang wajib dilaksanakan oleh unit-unit pelayanan yang ada, dengan tujuan:

- a. Menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan rumah sakit dengan mutu tertentu yang dilakukan masing- masing unit pelayanan.
- b. Menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan suatu layanan sesuai klasifikasi rumah sakit, sehingga SPM dapat menjadi dasar penentuan kebutuhan pembiayaan dalam mengusulkan anggaran kepada Panitia Anggaran Daerah dan DPRD Kab. Sidenreng Rappang.
- c. Menentukan usulan pertimbangan keuangan atau bantuan lain fungsi pelayanan kesehatan yang lebih adil dan transparan dari pemerintah pusat atau pihak lain.
- d. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap masyarakat, sebaliknya masyarakat dapat mengukur sejauh

mana rumah sakit dapat memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanannya.

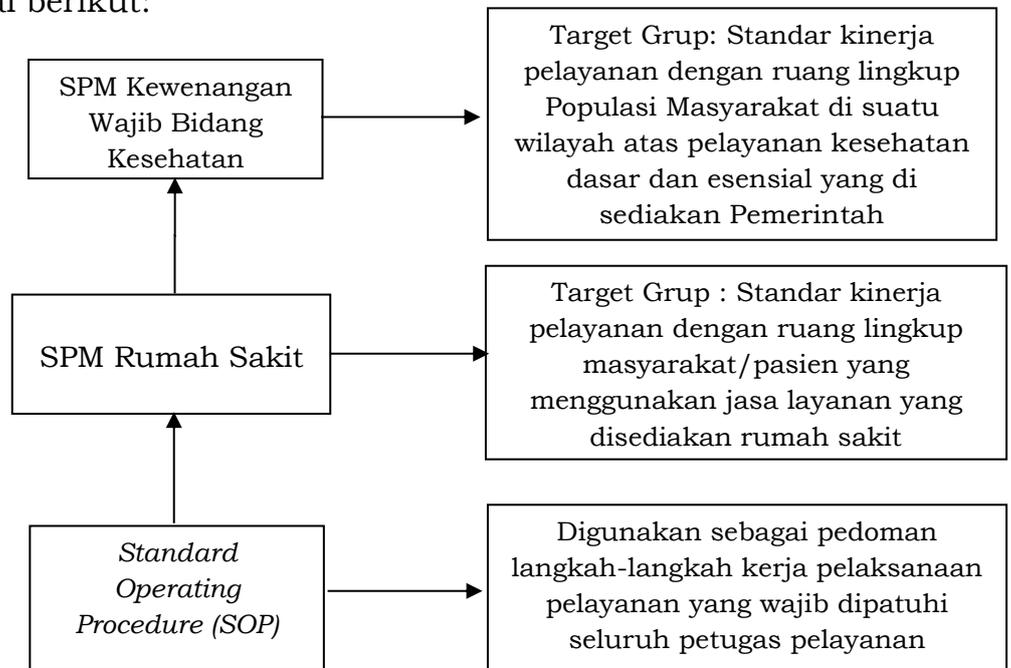
- e. Memperjelas tugas pokok rumah sakit dan mendorong terwujudnya *check and balances* yang efektif.
- f. Mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan pelayanan rumah sakit.

## **F. PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP**

Sebagai suatu sub sistem pelayanan kesehatan, target group pelayanan kesehatan rumah sakit adalah jumlah pasien yang memanfaatkan pelayanan rumah sakit, dengan demikian pemenuhan SPM terbatas pada cakupan mutu layanan tertentu atas sejumlah masyarakat yang menggunakan jasa layanan rumah sakit. Hal tersebut untuk menghindari deferensiasi persepsi tentang SPM yaitu pemenuhan kewenangan wajib yang memiliki target group cakupan layanan dasar dan esensial terhadap angka kesakitan (morbiditas) disuatu wilayah yang menjadi bagian dari kebijakan fungsi pelayanan kesehatan Pemerintah Daerah.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan rumah sakit. SPM memiliki pengertian sebagai standar kinerja pelayanan atas pelaksanaan *Standard Operating Procedure* (SOP) pada setiap jenis layanan.

Hubungan SPM Kewenangan Wajib Bidang Kesehatan, SPM Rumah Sakit dan *Standard Operating Procedure* adalah sebagai berikut:



## **G. HAK DAN KEWAJIBAN RUMAH SAKIT DALAM PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

Standar Pelayanan Minimal berisikan indikator-indikator mulai dari penyediaan sumber daya, cakupan layanan dan mutu layanan, yang digunakan sebagai alat ukur keberhasilan. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 29, 30, 31 dan pasal 32 mengenai hak dan kewajiban rumah sakit, serta hak dan kewajiban pasien, seiring dengan penetapan dan pencapaian indikator-indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) tersebut adalah sebagai berikut:

### **1. Hak Rumah Sakit adalah**

- a) Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
- b) Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d) Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e) Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f) Mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g) Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h) Mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.

## **2. Kewajiban Rumah Sakit adalah :**

- a) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
- b) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, 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 pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, 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, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j) Melaksanakan sistem rujukan;

- k) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta 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 (hospital by laws);
- 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.

### **3. Hak Pasien adalah**

- a) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang;
- b) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
- d) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional;

- e) Memperoleh pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- h) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain (second opinion) yang mempunyai surat izin praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar rumah sakit;
- i) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j) Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, resiko yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m) Menjalankan ibadah sesuai agama dan kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di UPT RSUD Nene Mallomo;
- o) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- p) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;

- q) Menggugat dan atau menuntut rumah sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana dan;
- r) Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai perundang-undangan yang berlaku.

**4. Kewajiban Pasien adalah :**

- a) Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata tertib di rumah sakit;
- b) Pasien berkewajiban untuk mentaati segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya;
- c) Pasien berkewajiban memberikan informasi dengan jujur dan selengkapny tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat;
- d) Pasien atau keluarga berkewajiban untuk melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan rumah sakit/dokter; dan,
- e) Pasien atau keluarganya berkewajiban untuk memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

**H. METODOLOGI PENYUSUNAN SPM**

Standar Pelayanan Minimal UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang disusun dengan memanfaatkan dokumen-dokumen yang tersedia, pengamatan, wawancara dan menyebarkan formulir-formulir pengumpulan data yang dilakukan oleh tim yang dibentuk dengan surat tugas. Tim tersebut terdiri dari seluruh komponen yang memiliki kompetensi pelayanan yang dimiliki rumah sakit.

## **I. SUMBER DANA RUMAH SAKIT**

Sumber dana untuk seluruh kegiatan di Rumah Sakit berasal dari Dana APBD dan BLUD Rumah Sakit.

## **BAB II**

### **INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

Selanjutnya indikator tersebut dijabarkan menjadi indikator kinerja berdasarkan jenis pelayanan antara lain : gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, bedah sentral, KIA, ICU, radiologi, laboratorium, fisioterapi, farmasi, gizi, UTDRS, rekam medik, pengelolaan limbah, administrasi dan manajemen, ambulance, pemulasaran jenazah, IPSRS, UPM, UPKRS, laundry, dan PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi). Atas kelompok-kelompok pelayanan tersebut, ditetapkan jenis pelayanan yang merupakan area pengukuran, indikator kinerja sebagai tolok ukur penilaian, standar minimal yang mampu di capai dan target pencapaian pada tahun dasar dan tahun pencapaiannya. Proyeksi pencapaian pada tahun dasar yang ditetapkan pada UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap didasarkan pada hasil pengukuran tahun 2013, sedangkan tahun pencapaian standar minimal yang ditetapkan pada tahun 2024.

#### **A. JENIS PELAYANAN**

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, maka kriteria klasifikasi rumah sakit umum kelas C berdasarkan jenis pelayanan adalah sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Umum Kelas C paling sedikit meliputi pelayanan medik; pelayanan farmasi; pelayanan keperawatan dan kebidanan; pelayanan penunjang klinik; pelayanan nonklinik; dan pelayanan rawat inap.
2. Pelayanan medik sebagaimana dalam pasal 52, Rumah Sakit dapat melakukan pengembangan pelayanan medik

spesialistik dan sub spesialistik program kesehatan nasional.

3. Pelayanan gawat darurat sebagaimana pada setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, kegawat daruratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut, dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak/ Keluarga Berencana.
5. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
6. Pelayanan medik dan penunjang medik terdiri atas pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis sesuai kekhususan, pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan, pelayanan medik spesialis lain dan pelayanan medik subspecialis lain.
7. Pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan meliputi asuhan keperawatan generalis, asuhan keperawatan spesialis, dan/atau asuhan kebidanan, sesuai kekhususannya.
8. Pelayanan non medik meliputi pelayanan farmasi, pelayanan laundry/binatu, pengolahan makanan/gizi, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, dan pelayanan non medik lainnya.

## B. STANDAR INPUT

Meskipun sumber daya (Input) yang digunakan untuk pelayanan cukup beragam namun dalam menetapkan standar minimal penyediaan sumber daya pelayanan pada UPT RSUD Nene Mallomo.

### 1. Tenaga Pelayanan

Table 2 : Standar Tenaga Pelayanan Pada Rumah Sakit Kelas C

No	Jenis Ketenagaan	Standar Nasional
1	Tenaga medis	
	1. Dokter	+/-
	2. Dokter gigi	+/-
	3. Dokter spesialis	
	a. spesialis dasar	
	1. penyakit dalam	+/-
	2. Anak	+/-
	3. Bedah	+/-
	4. Obstetri dan Ginekologi	+/-
	b. Spesialis lain	
	1. Mata	+/-
	2. Saraf	+/-
	3. Jantung	+/-
	4. Kulit dan Kelamin	+/-
	5. Kedokteran Jiwa	+/-
	6. Paru	+/-
	7. Penyakit Mulut	+/-
	8. Bedah saraf	+/-
	9. Bedah plastik rekonstruksi dan estetika	+/-
	10. Bedah mulut	+/-
	11. Kedokteran fisik dan rehabilitasi	+/-
	12. Anestesi	+/-
	13. Rehabilitasi Medik	+/-
	14. Radiologi	+/-
	15. Patologi Klinik	+/-
	16. Patologi Anatomi	+/-
	17. Mikrobiologi Klinik	+/-
	18. Parasitologi Klinik	+/-
2	Tenaga Keperawatan	+

3	Tenaga Kebidanan	+/-
4	Tenaga Kefarmasian	
	a. Apoteker	+
	b. Tenaga teknis kefarmasian	+
5	Tenaga Kesehatan Lainnya	
	a. Tenaga Gizi	+/-
	b. Tenaga psikologi klinik	+/-
	c. Tenaga keterampilan fisik	
	1. Fisioterapis	+/-
	2. Terapis wicara	+/-
	3. Okupasi terapis	+/-
	d. Tenaga keteknisian medis	
	1. Perekam medis dan informasi Kesehatan	+/-
	2. Penata anestesi	+/-
	e. Tenaga teknik biomedika	
	1. Radiografer	+
	2. Elektromedis	+/-
	3. Ahli teknologi laboratorium medik (analisis/biologi)	+
	f. Tenaga kesehatan Lingkungan	+/-
	g. Tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan	+/-
6	Tenaga non kesehatan	+

Sumber data : Peraturan Pemerintah Kesehatan tahun 2020

Lebih lanjut pada pasal 11 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 tahun 2020 dijelaskan bahwa :

- a) Sumber daya manusia Rumah sakit umum kelas C terdiri atas tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lainnya, dan tenaga non kesehatan.
- b) Tenaga medis terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter subspecialis.

## **2. Peralatan**

Berdasarkan Pedoman Peralatan Kesehatan Rumah Sakit Umum Kelas C yang disusun oleh Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik departemen kesehatan tahun 1994 dan diperbaharui dalam Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Di Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Departemen kesehatan Republik Indonesia tahun 2008 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020, maka standar Minimal peralatan yang harus ada di sebuah rumah sakit kelas C harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peralatan paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah. Standar peralatan tersebut dinilai dari tiga aspek yaitu :

- a) Kelengkapan peralatan yaitu jumlah bobot peralatan yang ada dibagi dengan jumlah bobot peralatan sesuai standar.
- b) Kondisi peralatan yaitu jumlah peralatan dengan kondisi baik dibagi jumlah seluruh peralatan yang ada.
- c) Kalibrasi peralatan (untuk yang disyaratkan) yaitu jumlah peralatan yang ada yang memiliki sertifikat kalibrasi dibagi dengan jumlah peralatan yang wajib kalibrasi.

### 3. Luas Gedung

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Kesehatan Nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit bahwa bangunan dan prasaranan harus memiliki prinsip keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan keamanan serta kemudahan.

Table 3 : Luas Gedung UPT RSUD Nene Mallomo Sidenreng Rappang Tahun 2024

NO	BANGUNAN	LUAS
	Luas Lahan Rumah Sakit Nene Mallomo :	
1	Luas Tanah	24.604 m <sup>2</sup>
	Luas Bangunan	
2	Poliklinik dan Gedung Kantor	576 m <sup>2</sup>
3	Instalasi Gawat Darurat	399 m <sup>2</sup>
4	Temulawak, Rekam medik, & BPJS	520 m <sup>2</sup>
5	Ruang Mengkudu & Mahkota Dewa	520 m <sup>2</sup>
6	Ruang Sambiloto Atas & Sambiloto Bawah	990 m <sup>2</sup>
7	Ruang Brotowali & gudang	647.5 m <sup>2</sup>
8	Ruang Kemuning & Fisioterapi	392 m <sup>2</sup>
9	Ruang Perlengkapan	375 m <sup>2</sup>
10	Gedung KIA	1.127 m <sup>2</sup>
11	Gedung IBS Lama	510 m <sup>2</sup>
12	Ruang PONEK	144 m <sup>2</sup>
13	Laboratorium	240 m <sup>2</sup>
14	Ruang Radiologi	347 m <sup>2</sup>
15	Ruang CSSD	126 m <sup>2</sup>
16	Tenaga Kesehatan lainnya	160 m <sup>2</sup>
17	Instalasi Farmasi	318.7 m <sup>2</sup>
18	Unit Transfusi Darah Rumah Sakit	650 m <sup>2</sup>
19	Instalasi Gizi dan Laundry	195 m <sup>2</sup>
20	Gedung IPSRS	39 m <sup>2</sup>
21	Masjid	108 m <sup>2</sup>
22	Perumahan Dinas	902 m <sup>2</sup>
23	Pemulasaran Jenazah	50 m <sup>2</sup>
24	ICU & IBS	792 m <sup>2</sup>
25	PICU & NICU	885 m <sup>2</sup>
26	Security Centre	15 m <sup>2</sup>

Sumber data : Rekapitulasi Kartu Inventaris Barnag (KIB) C Gedung dan Bangunan UPT RSUD Nene Mallomo Sidenreng Rappang Tahun 2024

### **C. MEKANISME PENGUKURAN**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit diukur melalui kegiatan pengukuran yang mekanismenya diatur dalam definisi operasional dalam Kepmenkes 129 tahun 2008 sebagai berikut :

- a. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
- b. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai dengan standard dan kode etik professional yang telah ditetapkan.
- c. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
- d. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
- e. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

- f. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
- g. Definisi operasional: dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
- h. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
- i. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
- j. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
- k. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
- l. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
- m. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

**BAB III**  
**JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT NENE MALLOMO**  
**KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG**

**A. JENIS PELAYANAN**

Fasilitas dan kemampuan UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C meliputi :

1. Pelayanan Medik Umum

Pelayanan medik umum terdiri dari pelayanan medik dasar, pelayanan medik gigi dan mulut, dan pelayanan kesehatan Ibu Anak/Keluarga Berencana.

2. Instalasi Gawat Darurat

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan gawat darurat secara terus menerus selama 24 jam, 7 hari dalam seminggu untuk pertolongan pertama pada pasien gawat darurat.

- a. Memberikan pelayanan gawat darurat spesialistik di bidang bedah, non bedah, bidang obstetri ginekologi.
- b. Diagnosis dan penanggulangan renjatan (shock), kegawatan kardiovaskuler, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, penurunan kesadaran, gangguan pernafasan.

3. Pelayanan Medik Spesialis Dasar

Pelayanan medik spesialis dasar terdiri dari :

1. Pelayanan Penyakit Dalam

Memberikan pelayanan : alergi imunologi klinik, gastroentero hepatologi, geriatrik, ginjal hipertensi, hematologi-onkologi medik, kardiologi, metabolik

endokrin, psikosomatik, pulmonologi, reumatolog, tropik infeksi.

## 2. Pelayanan Kebidanan dan Kandungan

Memberikan pelayanan : fetomaternal, kesehatan reproduksi, onkologi ginekologi, imunologi, endokrinologi, uroginekologi rekonstruksi, dan obgin sosial.

## 3. Pelayanan Bedah

Memberikan pelayanan : penanganan kasus bedah digestif, onkologi, urologi, orthopedi, rekonstruksi, anak, kardiotorasik, dan vaskuler.

## 4. Pelayanan Kesehatan Anak

Memberikan pelayanan : ISPA, Gastro Enteritis Akut (GEA), Bayi lahir rendah, kelainan-kelainan bawahan anak, penyakit infeksi lain pada anak, penyakit gangguan hematologi metabolik endokrin dan gangguan sistem perkemihan.

## 4. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, terdiri dari :

- a. Pelayanan Anestesiologi
- b. Pelayanan Radiologi
- c. Pelayanan Rehabilitasi Medik
- d. Patologi Klinik

## 5. Pelayanan Medik Spesialis Gigi dan Mulut, terdiri dari :

- a. Konservasi

## 6. Pelayanan Kefarmasian, terdiri dari :

- a. Pengelolaan persediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan habis pakai
- b. Farmasi klinik

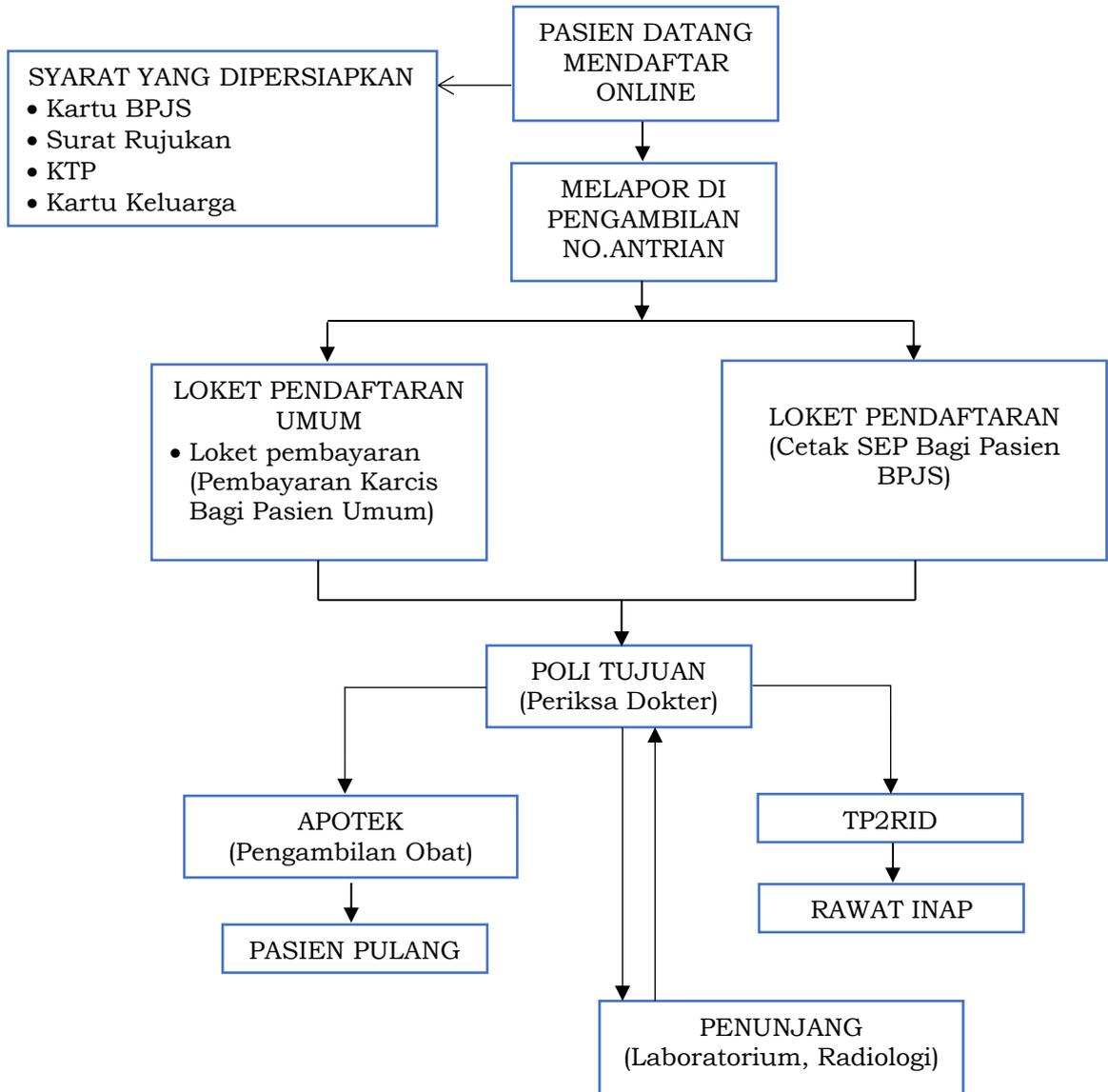
7. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, terdiri dari :
  - a. Asuhan keperawatan generalis dan spesialis
  - b. Asuhan kebidanan
8. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari :
  - a. Perawatan Intensif
  - b. Pelayanan Darah
  - c. Pelayanan Gizi
  - d. Sterilisasi Instrument
  - e. Rekam Medik
9. Pelayanan Penunjang Non Klinik  
Terdiri dari : Laundry/Linen, jasa Boga/dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, Ambulance, Sistem Informasi dan Komunikasi, Kamar Jenazah, APAR dan Pengelolaan air bersih.
10. Pelayanan Rawat Inap
  - a. Jumlah TT perawatan kelas I : 33 TT
  - b. Jumlah TT perawatan kelas II : 23 TT
  - c. Jumlah TT perawatan kelas III : 74 TT
  - d. Jumlah TT perawatan kelas VIP : 27 TT
  - e. Jumlah TT perawatan kelas khusus : 35 TT

## **B. ALUR PELAYANAN**

Di bawah ini diuraikan beberapa jenis dan prosedur pelayanan yang ada di UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang Provinsi Sulawesi Selatan :

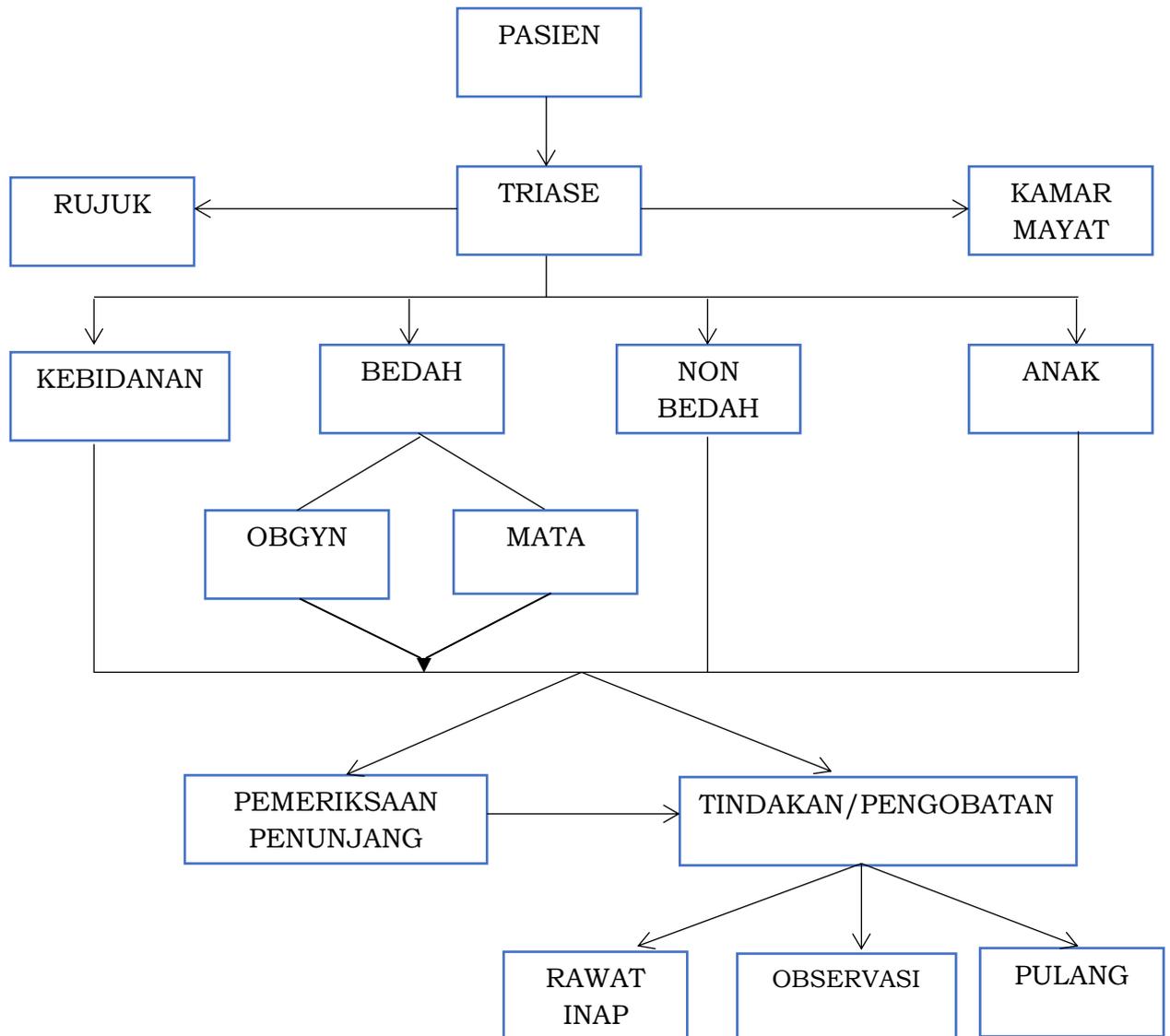
# 1. PELAYANAN RAWAT JALAN

## a. Poliklinik



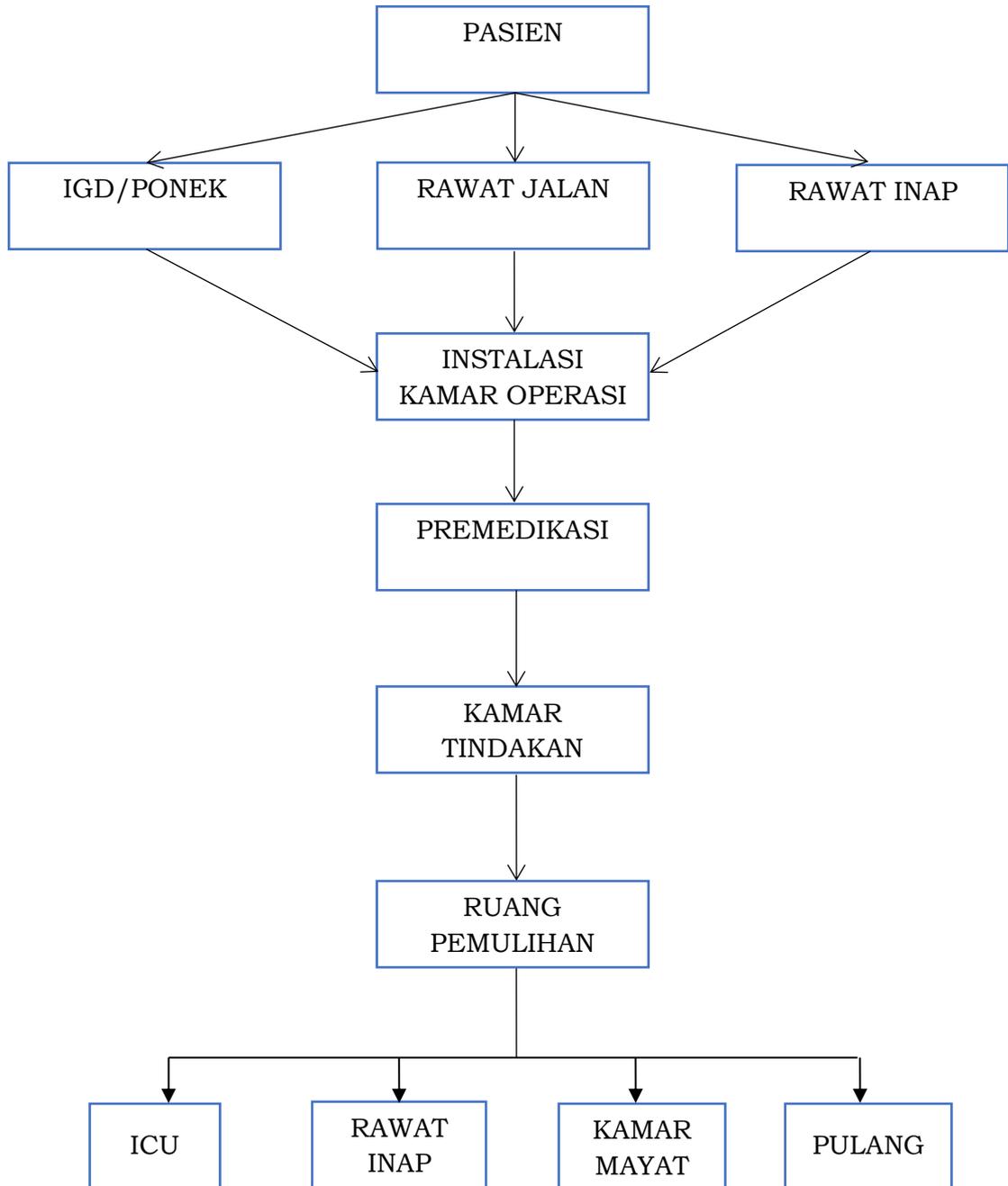
Sumber data : Poliklinik UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

## 2. Instalasi Gawat Darurat



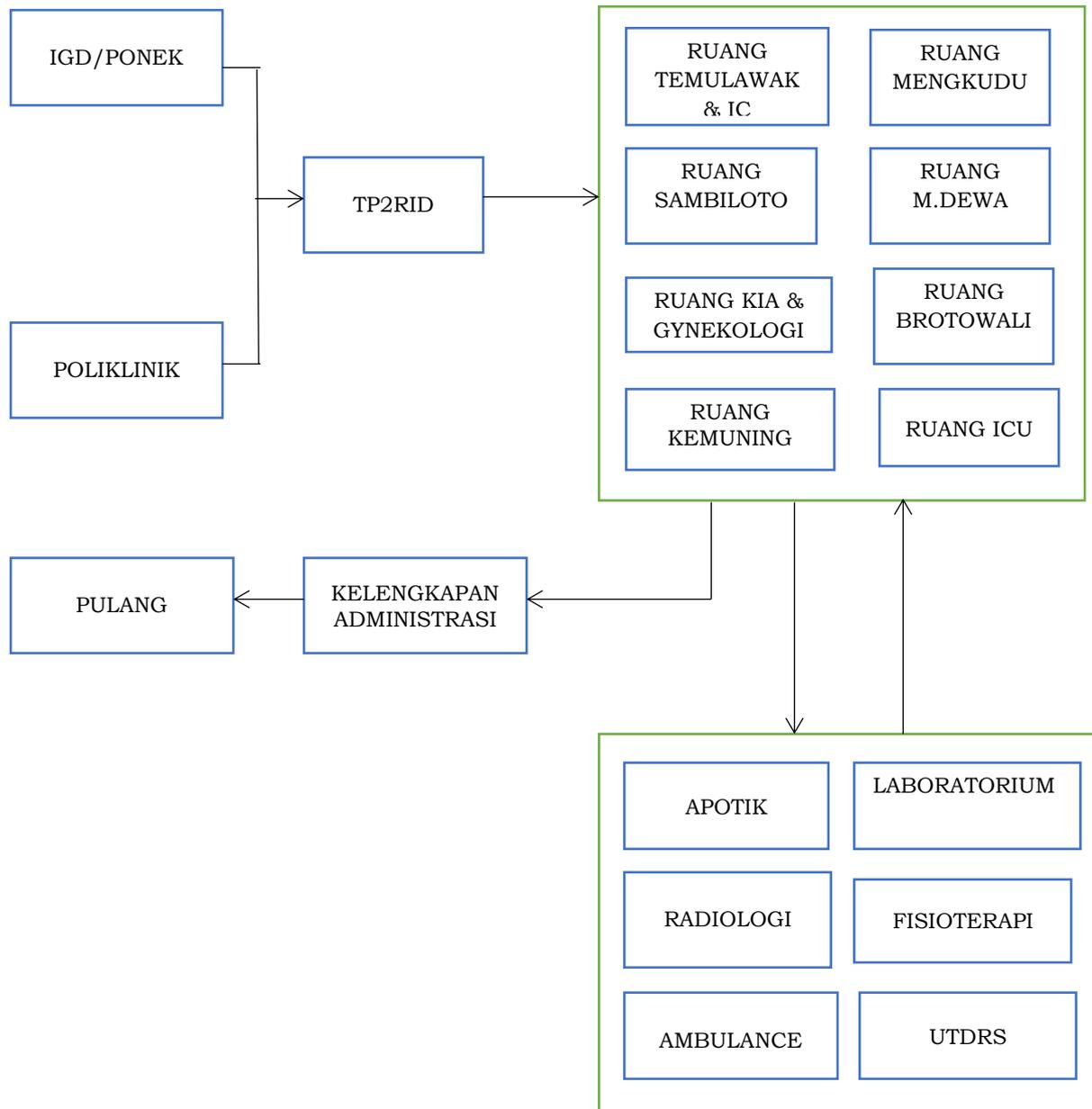
Sumber Data : Instalasi Gawat Darurat UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

### 3. Instalasi Kamar Operasi



Sumber Data : Instalasi Kamar Operasi Rumah UPT RSUD Mallomo Tahun 2024

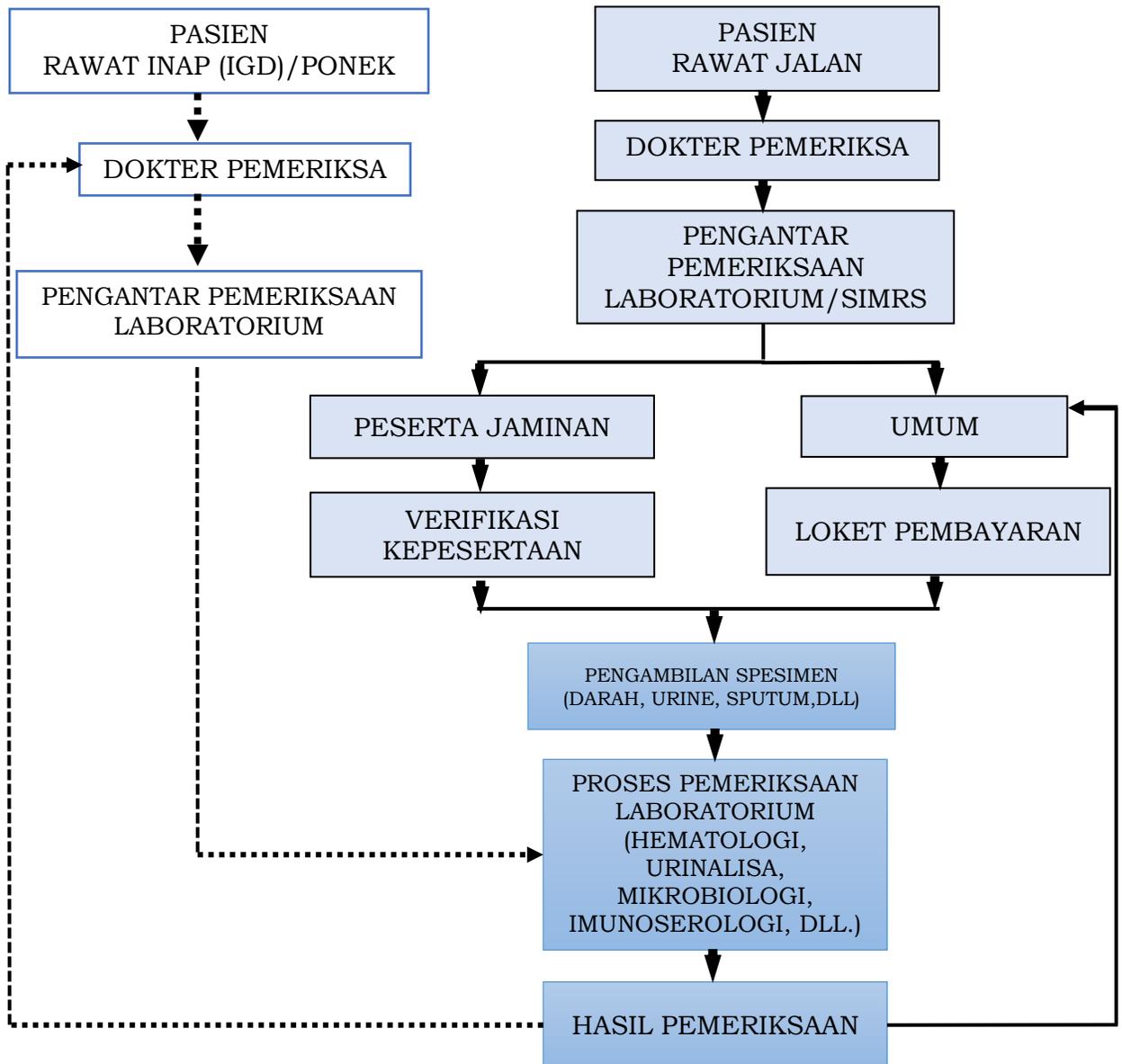
#### 4. Pelayanan Rawat Inap



*Sumber Data : Ruang Perawatan UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

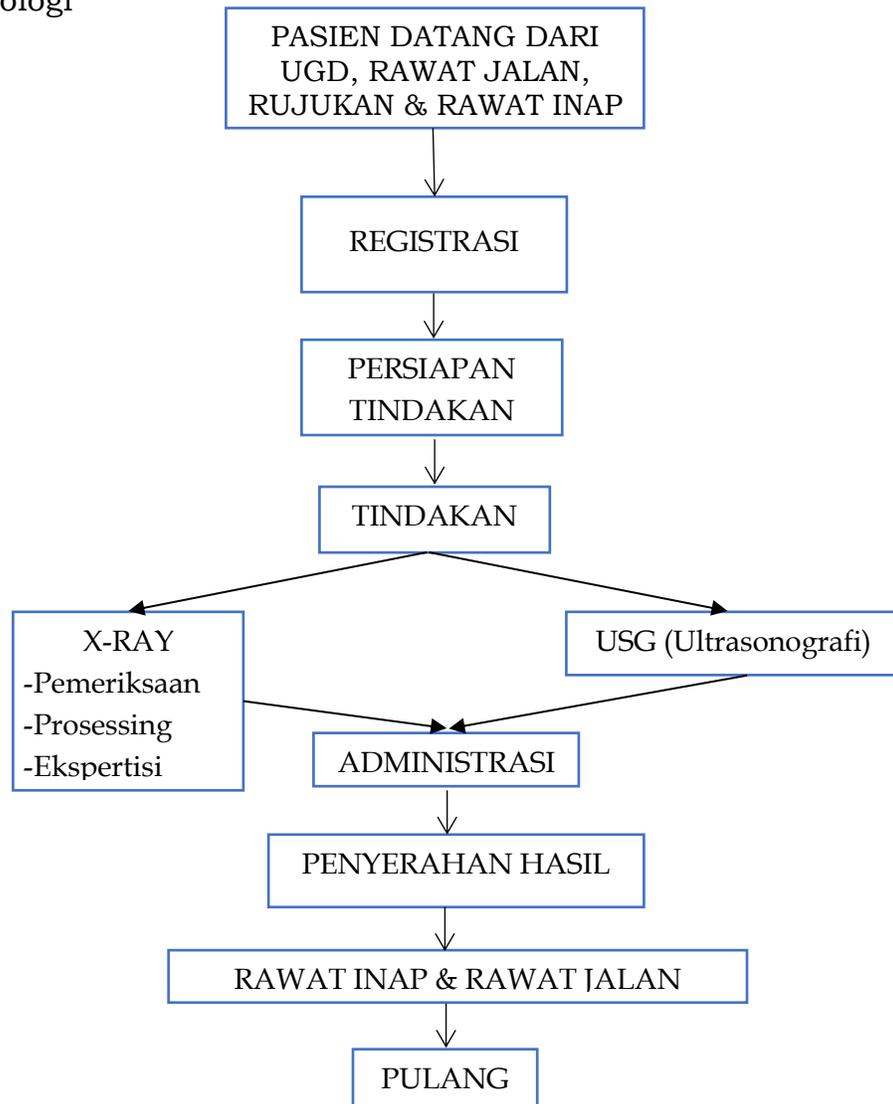
## 5. Pelayanan Penunjang Medis

### a. Laboratorium(PA,PK)



Sumber Data : Instalasi Laboratorium UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

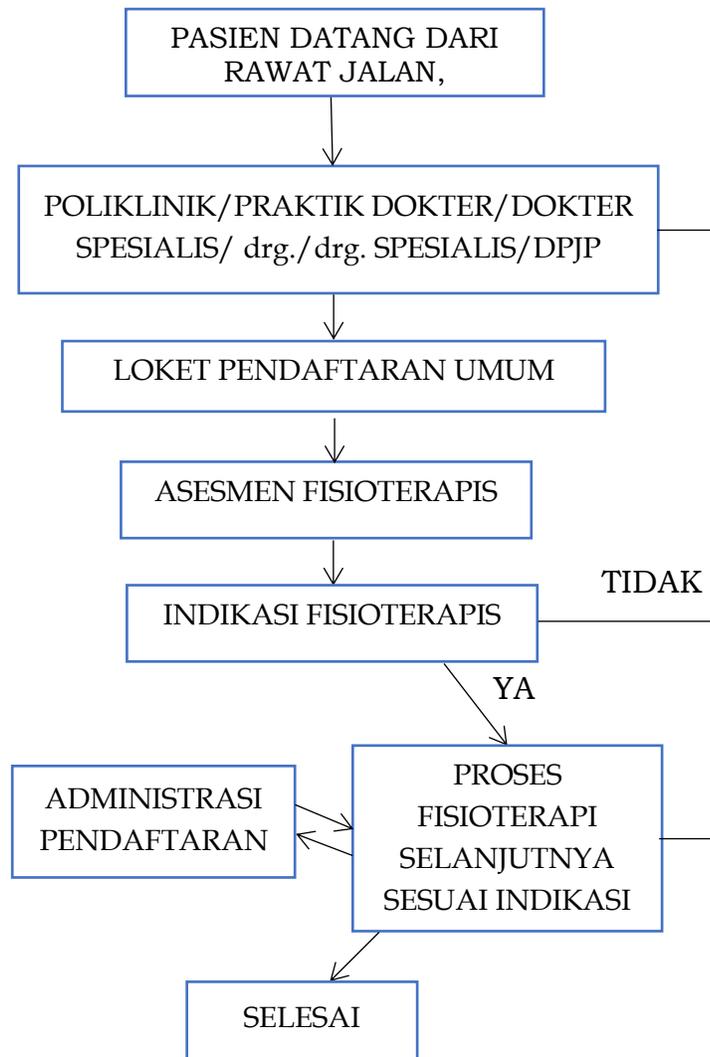
b. Radiologi



*Sumber Data : Instalasi Radiologi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

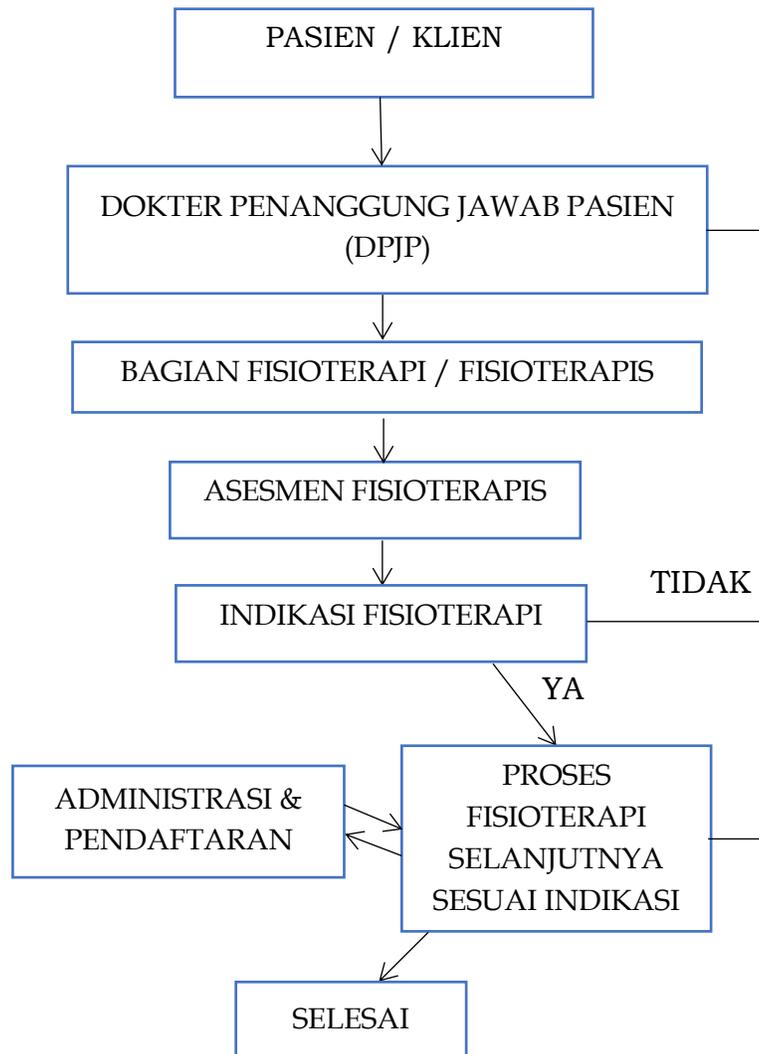
c. Fisioterapi

1. Alur Pelayanan Rawat Jalan



*Sumber Data : Instalasi Fisioterapi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

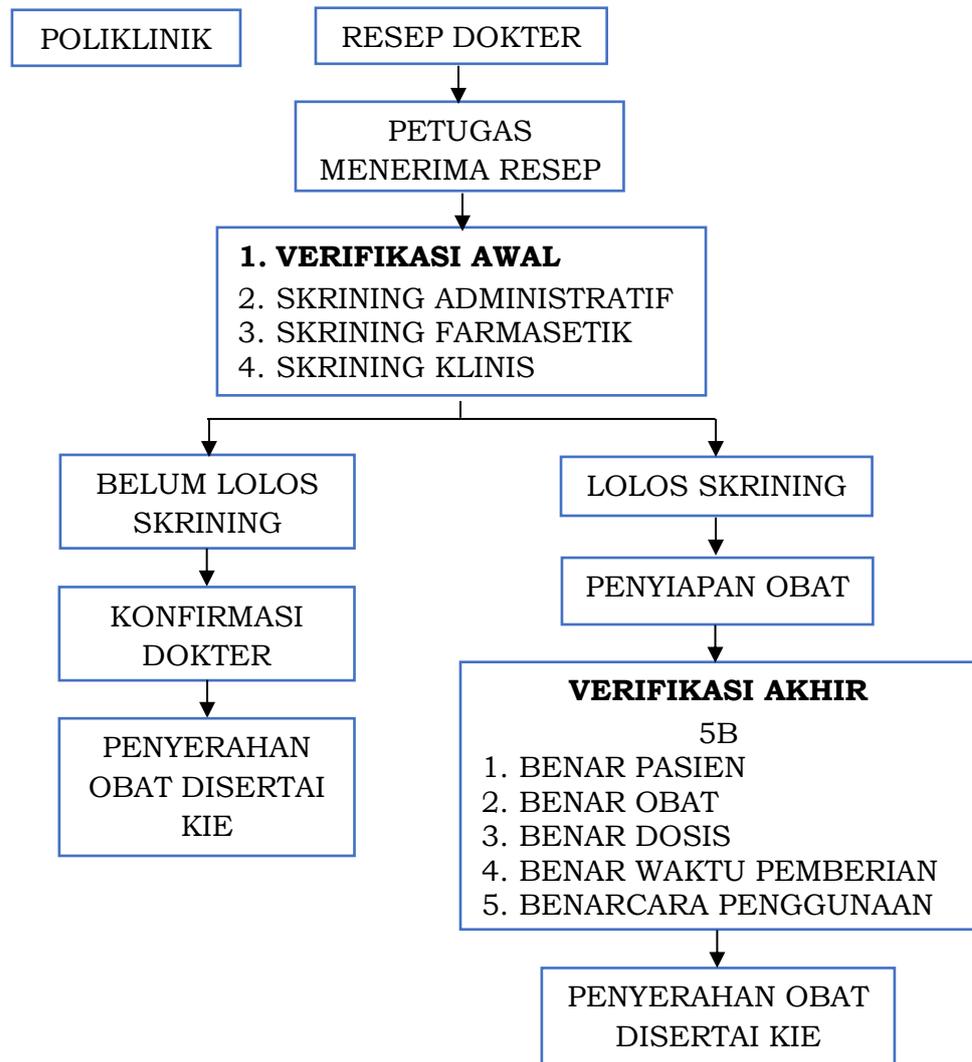
## 2. Alur Pelayanan Rawat Inap



*Sumber Data : Instalasi Fisioterapi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

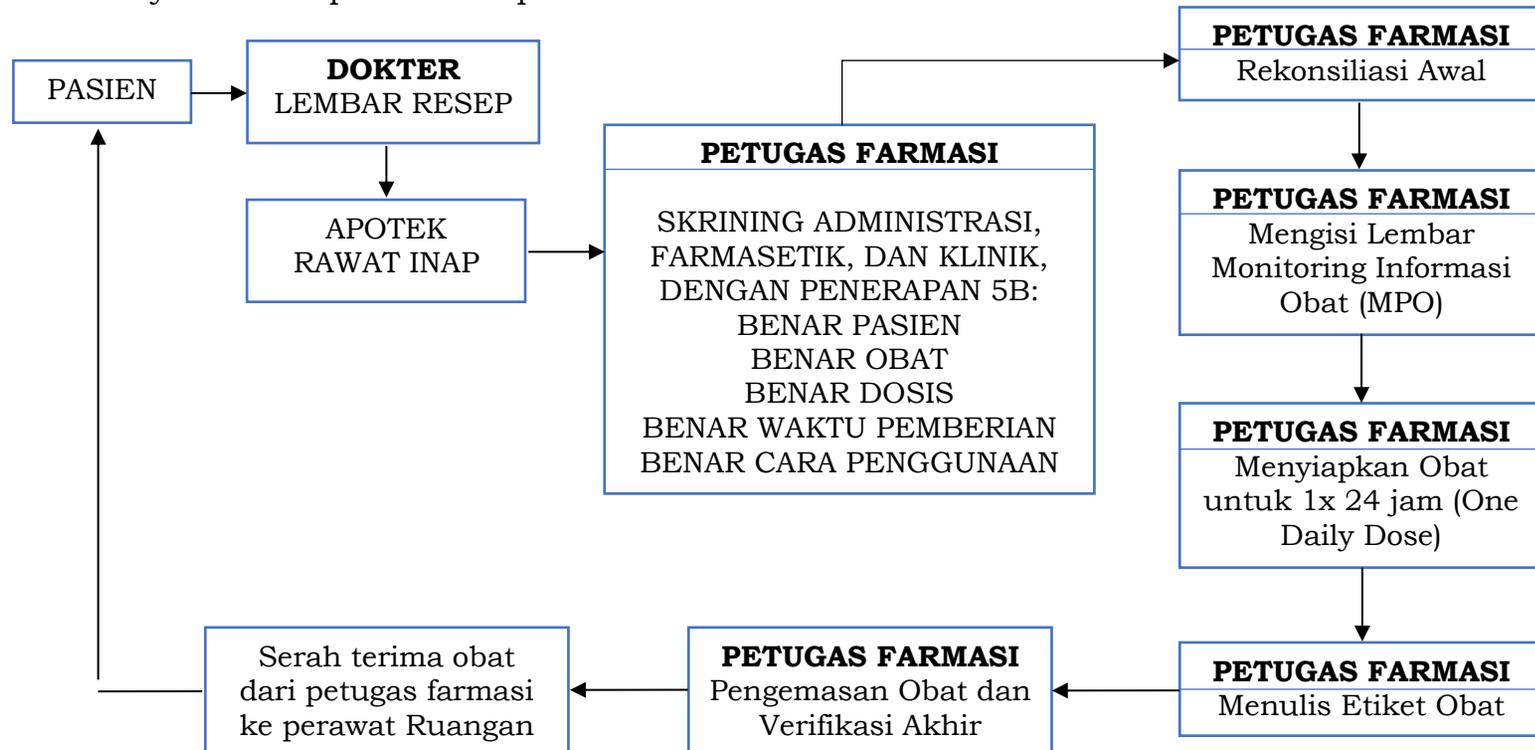
d. Farmasi

1. Pelayanan Resep Rawat Jalan



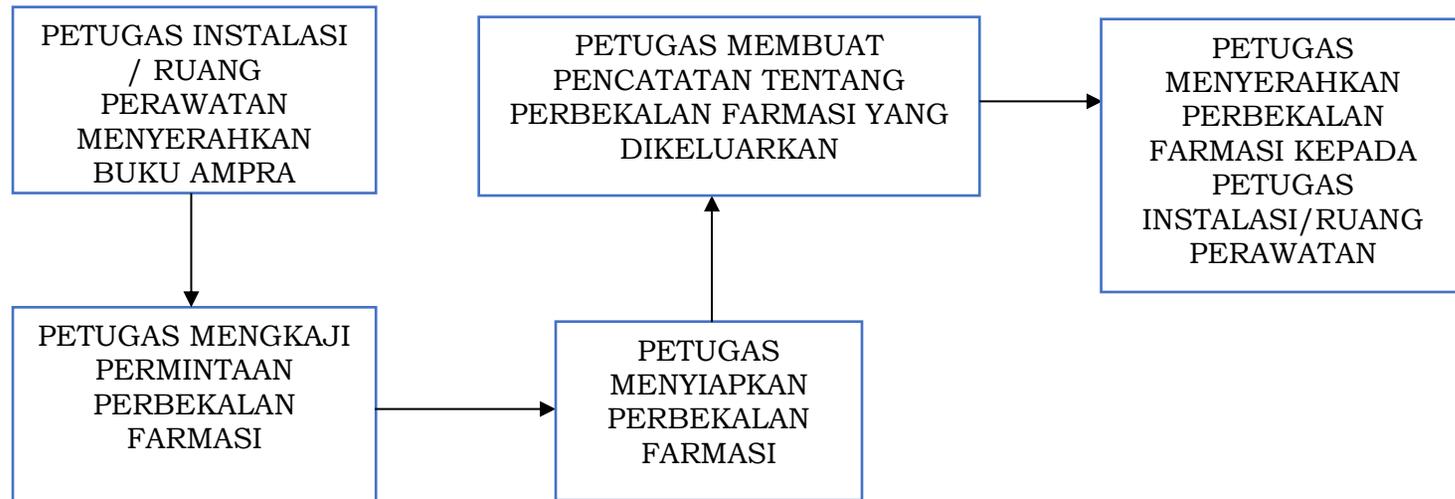
Sumber Data : Instalasi Farmasi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

## 2. Pelayanan Resep Rawat Inap



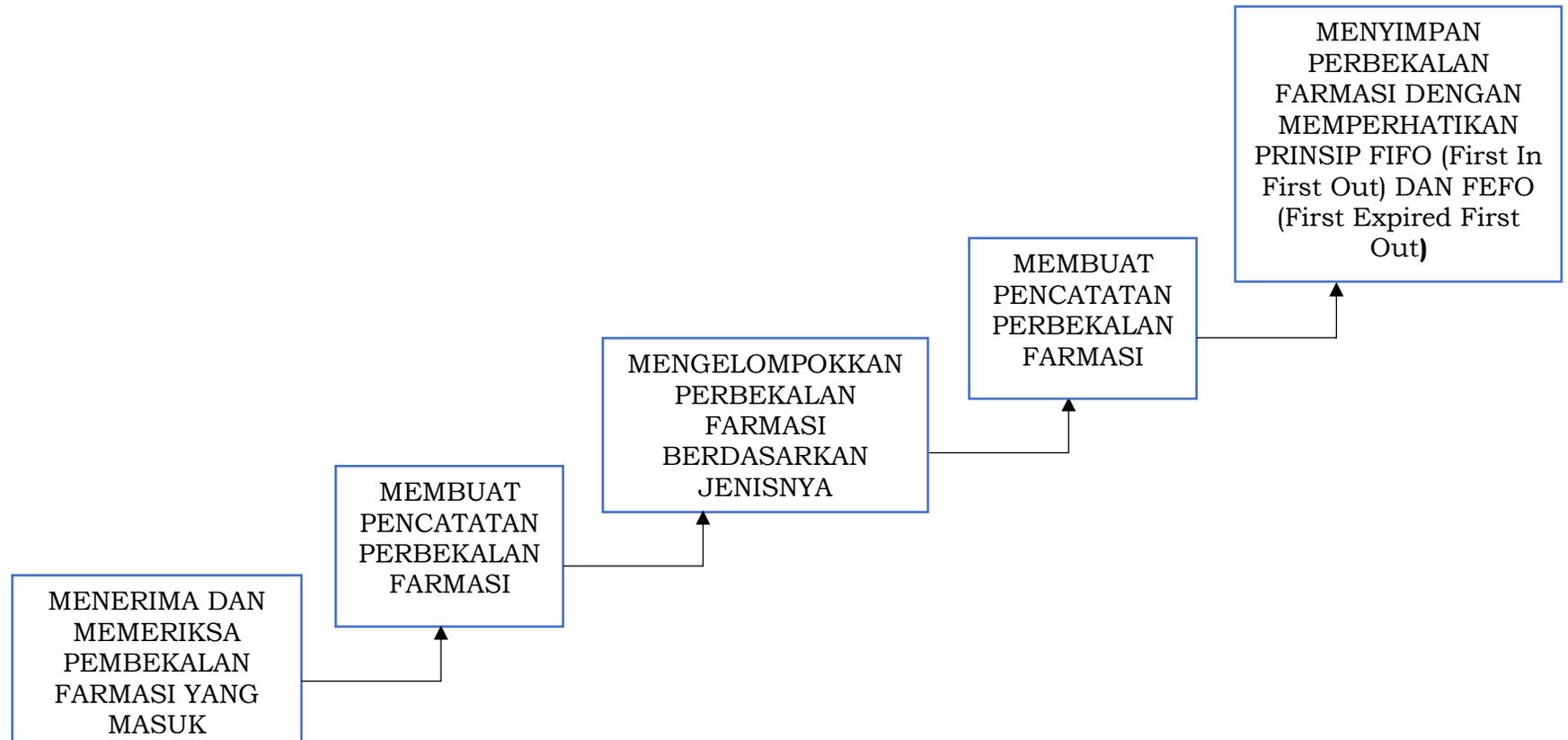
*Sumber Data : Instalasi Farmasi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

### 3. Alur Distribusi Perbekalan Farmasi di Bagian Logistik



*Sumber Data : Instalasi Farmasi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

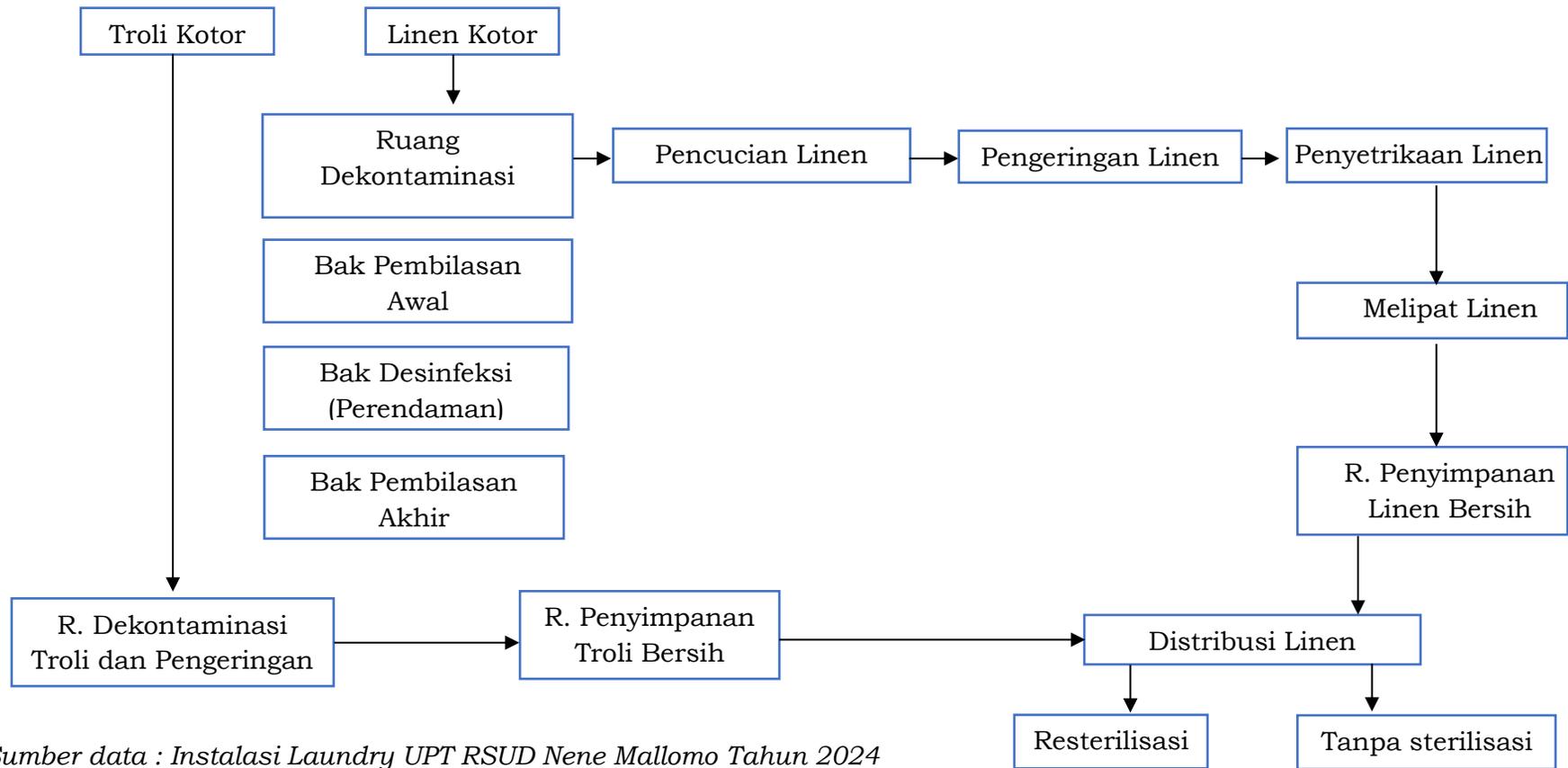
#### 4. Alur Penerimaan Perbekalan Farmasi di Bagian Logistik



*Sumber Data : Instalasi Farmasi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

PELAYANAN NON MEDIS

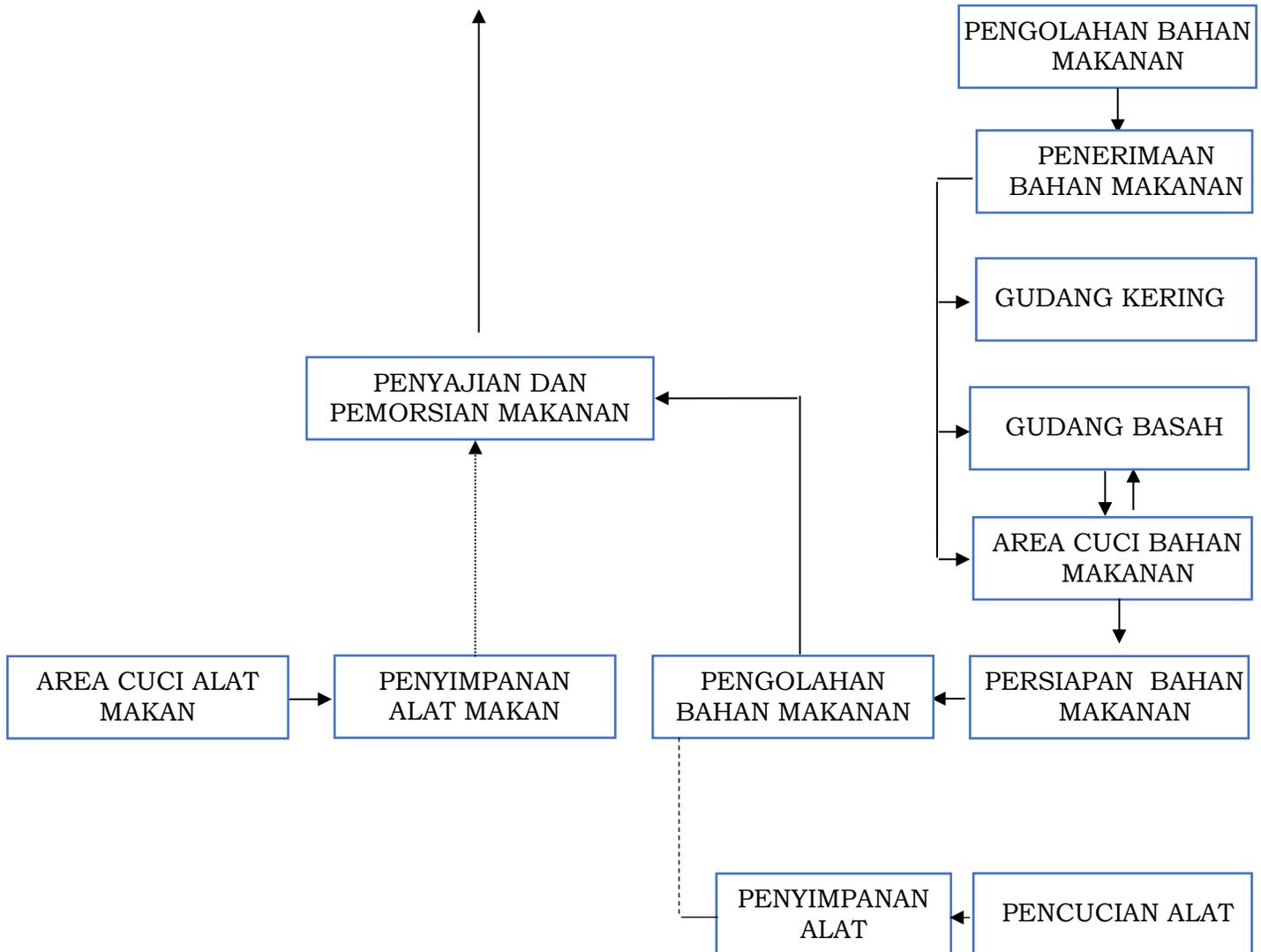
a. Laundry



Sumber data : Instalasi Laundry UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

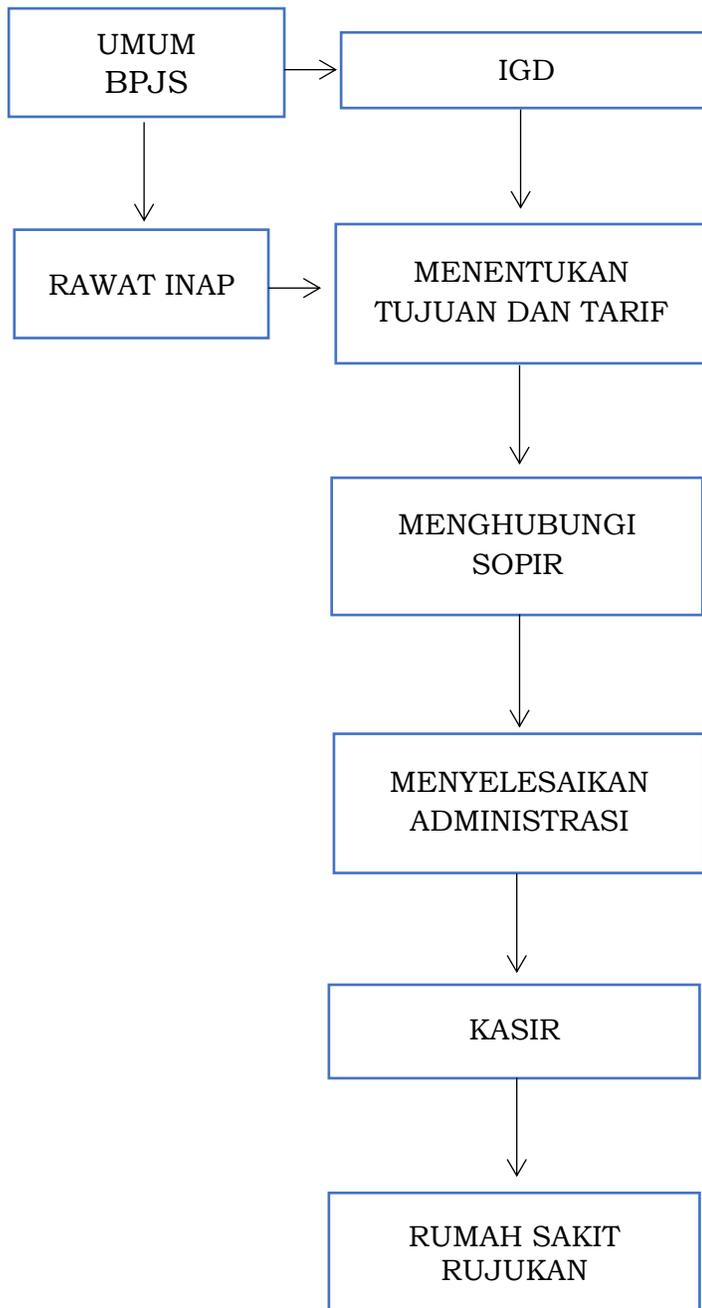
b. Gizi

**ALUR KEGIATAN PENGOLAHAN, PENYAJIAN,  
DAN PENDISTRIBUSIAN MAKANAN INSTALASI GIZI**



*Sumber Data : Instalasi Gizi UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

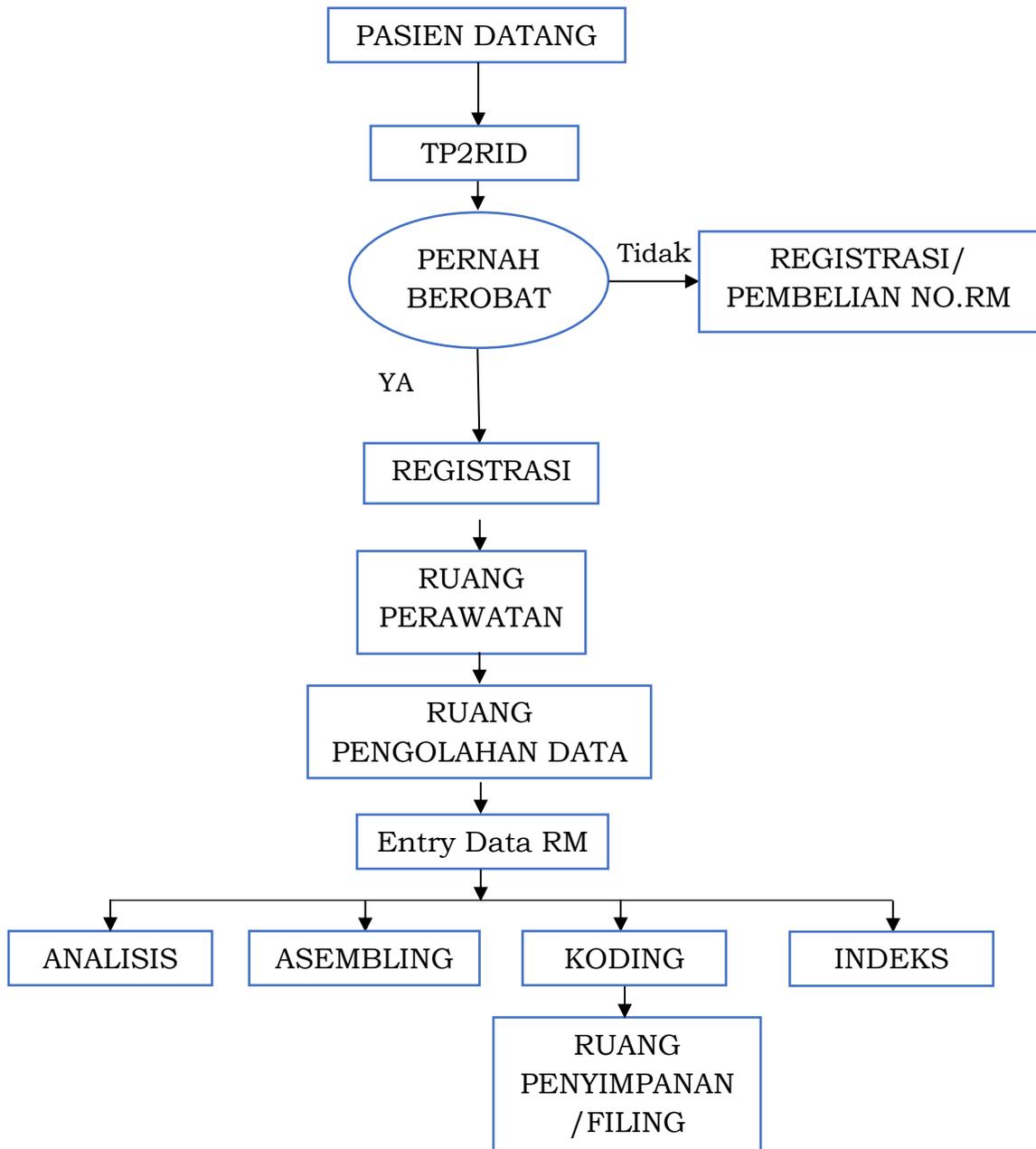
c. Pelayanan Ambulance



*Sumber Data : Pelayanan Ambulance UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

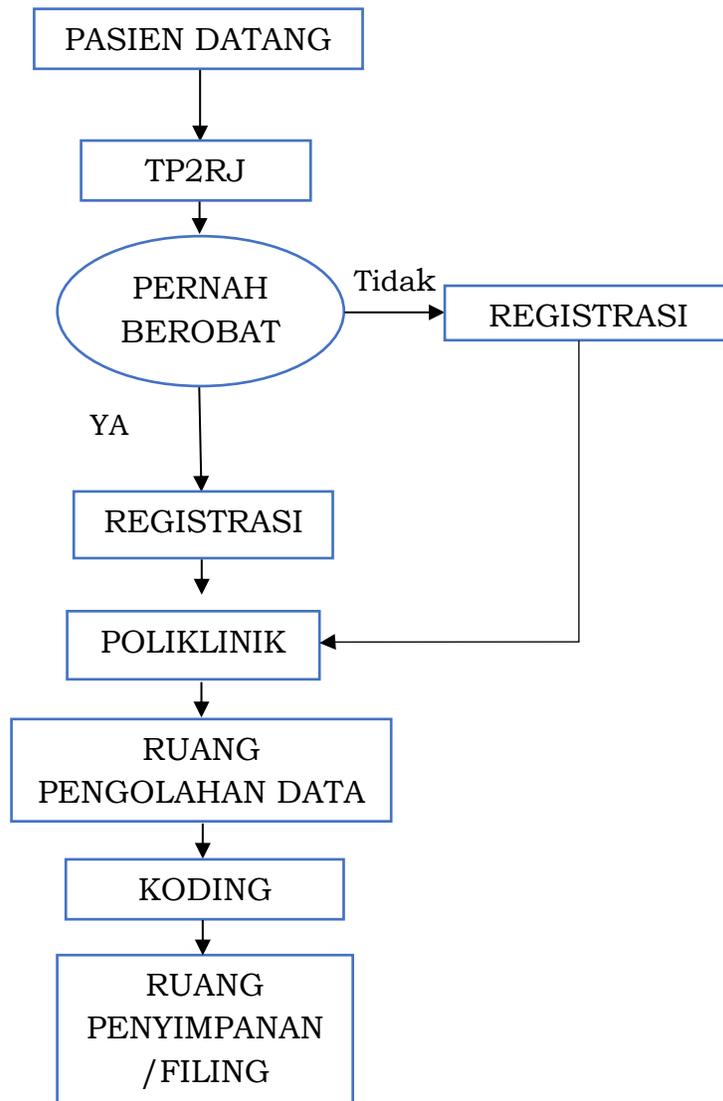
d. Rekam Medis

1. Pasien Rawat Inap & IGD (TP2RID)



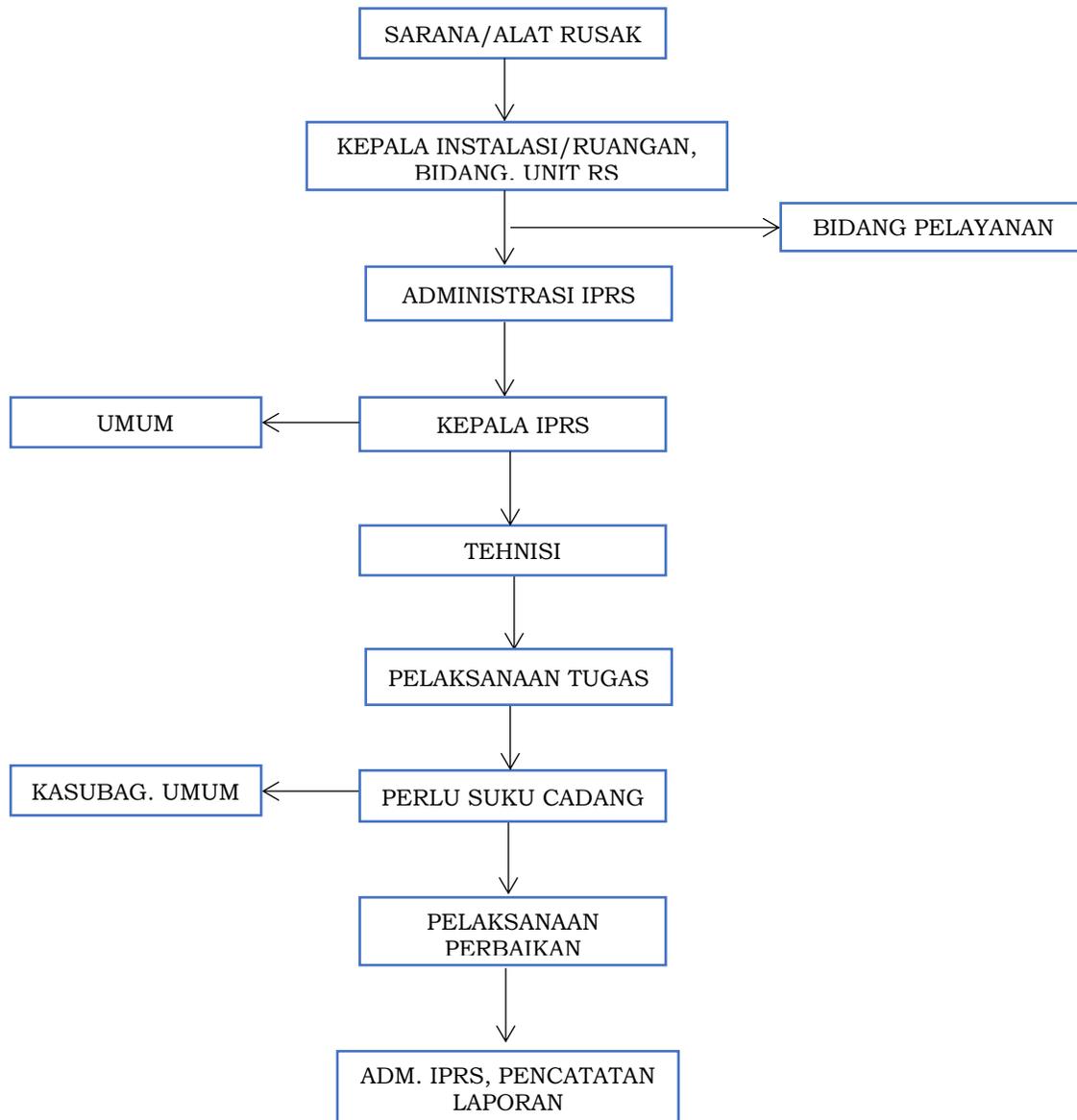
*Sumber Data : Instalasi Rekam Medis UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

## 2. Pasien Rawat Jalan



*Sumber Data : Instalasi Rekam Medis UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

e. Instalasi Pemeliharaan Sarana



Sumber Data : Instalasi IPSRS UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

## BAB IV

### URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

#### A. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

##### 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Judul	<b>Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat</b>
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 Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

##### 2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat darurat</b>
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	<b>Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS</b>
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

### 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
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

## 5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
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 sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

## 6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

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

## 7. Kematian Pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	<b>Kematian Pasien <math>\leq</math> 24 jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq$ 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 $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq$ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	<b>Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka</b>
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	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
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	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan</b>
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 tsb.
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. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan dilaksanakan di rumah sakit.
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 a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 4. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	<b>Buka pelayanan sesuai ketentuan</b>
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 jum'at
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 dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

## 5. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu tunggu di Rawat Jalan</b>
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 Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

## 6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan</b>
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 ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

## 7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	<b>Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis 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 tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis 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

## C. PELAYANAN RAWAT INAP

### 1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	<b>Pemberi pelayanan rawat inap</b>
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 di ruang 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	<b>Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</b>
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 medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan 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 tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

### 4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam visite dokter spesialis</b>
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
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	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

## 5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
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 medik/komite mutu/tim mutu

## 6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	<b>Angka kejadian infeksi nosokomial</b>
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 medik/panitia mutu

## 7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Judul	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</b>
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, dsb, 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	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
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	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$ , Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

## 9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
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 prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n 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 DOTS

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

## D. BEDAH SENTRAL

### 1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
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	$\leq 2$ hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

### 2. Kejadian Kematian Dimeja Operasi

Judul	<b>Kejadian kematian dimeja operasi</b>
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 anestesi 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	$\leq 1$ %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

### 3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
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	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

### 4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</b>
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	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

## 5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
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	<b>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan 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 Anastesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	<b>Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube</b>
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 komplikasi anastesi 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. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

### 1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	<b>Kejadian kematian ibu karena persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan</li> </ul>

	<p>kualitati</p> <p>- Oedem tungkai</p> <p>`1234dd</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah persalinan yang berlangsung &gt; 24 jam pada Primigravida, dan &gt; 18 jam pada Multigravida</p>
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 medik

## 2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan normal</b>
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	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</b>
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	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</b>
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	<b>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr</b>
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 medik/Komite mutu

## 6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	<b>Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria</b>
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	<20%
Penanggung jawab	Komite mutu

### 7.a. Keluarga Berencana

Judul	<b>Keluarga Berencana Mantap</b>
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 medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

### 7.b. Konseling KB Mantap

Judul	<b>Keluarga Berencana Mantap</b>
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	Direktur Pelayanan Medik

## 8. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 INTENSIF

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

Judul	<b>Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam</b>
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 medik/mutu

## 2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
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 medik/mutu

## G. RADIOLOGI

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax foto

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</b>
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	$\leq 3\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
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 dicantumkan 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 Roentgen

Judul	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2$ %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

#### 4. Kepuasan Pelanggan

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

#### H. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

##### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</b>
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 disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium</b>
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	<b>Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium</b>
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	<b>Kepuasan pelanggan</b>
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 prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

#### I. REHABILITASI MEDIK

##### 1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.

Judul	<b>Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.</b>
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 medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

## 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

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

## 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
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 Medik

## J. FARMASI

### 1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
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

## 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>
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	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
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 (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

#### 4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

#### K. Gizi

##### 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
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	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
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	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</b>
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 disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## L. TRANSFUSI DARAH

### 1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	<b>Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

### 2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>
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	$\leq 0,01\%$
Penanggung jawab	Kepala UTD

## M. PELAYANAN GAKIN

### 1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## N. REKAM MEDIK

### 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	<b>Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

## 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	<b>Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

## 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/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 (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 medik pelayanan rawat inap

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik 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 medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 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. Pengolahan Limbah

##### 1. Baku mutu limbah cair

Judul	<b>Baku mutu limbah cair</b>
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 IPRS

## 2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	<b>Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
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 : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> 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 IPRS / Kepala K3 RS

## P. Administrasi dan Manajemen

### 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	<b>Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</b>
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 rumah sakit

### 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
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	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</b>
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	<b>Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala</b>
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 (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala 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	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</b>
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	<b>Cost recovery</b>
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/Keuangan

## 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
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/Keuangan

## 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
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	Bagian Keuangan

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

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</b>
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

## Q. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

### 1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	<b>Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah</b>
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 ambulance/kereta jenazah

## 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	<b>Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit</b>
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

## R. PEMULASARAAN JENAZAH

### 1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah</b>
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 PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

### 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>
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 IPRS

### 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

## T. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	<b>Tidak adanya kejadian linen yang hilang</b>
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 Instalasi Laundry

## U. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. Tim PPI

Judul	<b>Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih</b>
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 APD

Judul	<b>Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)</b>
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

## 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit</b>
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**

## V. MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RUMAH SAKIT

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60%
2.	Rawat Inap	c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%

### a. Rawat Jalan

#### 1. 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 medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS</b>
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 medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## **b. Rawat Inap**

### **1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)**

Judul	<b>Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
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 medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

### **2. 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 medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

**BAB V**  
**ANALISIS CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

**A. STANDAR INPUT**

**1. Jenis Pelayanan**

Tabel 4 : Pemenuhan Standar Jenis Pelayanan UPT RSUD Nene Mallomo  
Tahun 2024

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR MINIMAL	KONDISI 2024
A	Pelayanan Medik dan Penunjak Medik		
	1. Pelayanan medik umum		
	a. Pelayanan medik dasar rawat jalan	+/-	+
	b. Pelayanan KIA/KB	+/-	+
	2. Medik spesialis		
	a. Spesialis dasar		
	1) Penyakit dalam	+/-	+
	2) Anak	+/-	+
	3) Bedah	+/-	+
	4) Obstetri dan ginekologi	+/-	+
	b. Spesialis lain		
	1) Mata	+/-	+
	2) Saraf	+/-	+
	3) Paru	+/-	-
	4) Kulit dan kelamin	+/-	+
	5) Kedokteran jiwa	+/-	+
	6) Jantung	+/-	+
	7) Telinga hidung tenggorok bedah kepala leher (THT-KL)	+/-	+
	8) Bedah anak	+/-	-
	9) Bedah Saraf	+/-	-
	10) Bedah plastik rekontruksi dan estetika	+/-	-
	11) Bedah mulut	+/-	-
	12) Konservasi/endodonsi	+/-	+
	13) Orthodonti	+/-	-
	14) Periodonti	+/-	+
	15) Prosthodonti	+/-	+

	16) Penyakit mulut	+/-	-
	17) Bedah thorax kardiak dan medicolegal	+/-	-
	18) Anesteasi	+/-	+
	19) Rehabilitasi medik	+/-	+
	20) Akupuntur	+/-	-
	21) Radioterapi	+/-	-
	22) Radiologi	+/-	+
	23) Laboratorium	+/-	+
	24) Gizi klinik	+/-	+
B	Pelayanan keperawatan dan kebidanan		
	a. Pelayanan keperawatan	+	+
	b. Pelayanan kebidanan	+/-	+
C	Pelayanan nonmedik		
	a. CSSD	+	+
	b. Rekam Medik	+	+
	c. Farmasi	+	+
	d. Pelayanan darah	+	+
	e. Laundry	+	+
	f. Pengolahan makanan/gizi	+	+
	g. Pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan	+	+
	h. Informasi dan komunikasi	+	+
	i. Pemulasaran jenazah	+/-	+
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>75,60%</b>

Sumber Data : Ruang Pelayanan UPT RSUD Nene Mallomo tahun 2024

Dari tabel 4 di atas, nampak bahwa jenis pelayanan UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap 2024 mencapai 75,60% sudah mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya, berdasarkan standar jenis pelayanan yang harus dimiliki rumah sakit kelas C berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 adalah sebesar 100%. Jenis pelayanan yang belum dimiliki adalah pelayanan medik spesialis lainnya seperti paru, bedah anak, bedah saraf, Bedah plastik rekonstruksi dan estetika, bedah mulut, orthodonti, Bedah thorax kardiak dan medicolegal, akupuntur, dan radioterapi. Atas kondisi tersebut diatas ditargetkan pada tahun 2025, UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap sudah

memenuhi 100% standar jenis pelayanan rumah sakit berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020.

## 2. Tenaga

Hasil pengukuran ketenagaan dan rencana pencapaian standar selama 5 (lima) Tahun ke depan pada UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap Prov. Sul-Sel adalah sebagai berikut:

Tabel 5 : Pemenuhan Standar Ketenagaan UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

No	Jenis Ketenagaan	Standar Nasional	Kondisi
1	Tenaga medis		
	1. Dokter	+/-	+
	2. Dokter gigi	+/-	+
	3. Dokter spesialis		
	a. spesialis dasar		
	1) Penyakit dalam	+/-	+
	2) Anak	+/-	+
	3) Bedah	+/-	+
	4) Obstetri dan Ginekologi	+/-	+
	b. Spesialis lain		
	1) Mata	+/-	+
	2) Saraf	+/-	+
	3) Jantung	+/-	+
	4) Kulit dan Kelamin	+/-	+
	5) Kedokteran Jiwa	+/-	+
	6) Paru	+/-	-
	7) Telinga hidung tenggorok bedah kepala leher (THT-KL)	+/-	+
	8) Penyakit Mulut	+/-	-
	9) Bedah saraf	+/-	-
	10) Bedah plastik rekonstruksi dan estetika	+/-	-
	11) Bedah mulut	+/-	-
	12) Kedokteran fisik dan rehabilitasi	+/-	-
	13) Anestesi	+/-	+
	14) Rehabilitasi Medik	+/-	+
	15) Radiologi	+/-	+
	16) Patologi Klinik	+/-	+

	17) Patologi Anatomi	+/-	+
	18) Mikrobiologi Klinik	+/-	+
	19) Parasitologi Klinik	+/-	+
2	Tenaga Keperawatan	+	+
3	Tenaga Kebidanan	+/-	+
4	Tenaga Kefarmasian		
	a. Apoteker	+	+
	b. Tenaga teknis kefarmasian	+	+
5	Tenaga Kesehatan Lainnya		
	a. Tenaga Gizi	+/-	+
	b. Tenaga psikologi klinik	+/-	+
	c. Tenaga keterampilan fisik		
	1. Fisioterapis	+/-	+
	2. Terapis wicara	+/-	-
	3. Okupasi terapis	+/-	-
	d. Tenaga keteknisian medis		
	1. Perekam medis dan informasi Kesehatan	+/-	+
	2. Penata anestesi	+/-	+
	e. Tenaga teknik biomedika		
	1. Radiografer	+	+
	2. Elektromedis	+/-	+
	3. Ahli teknologi laboratorium medik (analisis/biologi)	+	+
	f. Tenaga kesehatan Lingkungan	+/-	+
	g. Tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan	+/-	+
6	Tenaga nonkesehatan	+	+
	Total	100	80,95 %

Sumber data : Ruang/Instalasi di UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

Hasil pengukuran tersebut menunjukkan bahwa : Untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal, UPT RSUD Nene Mallomo masih memerlukan tambahan tenaga terutama dokter spesialis dasar, yaitu dokter paru, Bedah plastik rekonstruksi dan estetika, bedah saraf, dokter bedah mulut, dan Kedokteran fisik dan rehabilitasi. UPT RSUD Nene Mallomo menargetkan pada tahun 2025 telah mampu memenuhi 100% standar ketenagaan yang dipersyaratkan (Tabel 5).

### 3. Peralatan

Hasil pengukuran peralatan dan rencana pemenuhan standar selama 5 (lima) tahun ke depan pada UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap Provinsi Sulawesi Selatan adalah sebagai berikut :

a. Kelengkapan :

Tabel 6 : Kelengkapan Peralatan Medis di UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

NO	JENIS PELAYANAN	CAPAIAN 2023 (%)	CAPAIAN 2024 (%)	TARGET (%) 5 TAHUN KE DEPAN				
				2021	2022	2023	2024	2025
1	Peralatan Medis di Instalasi Gawat Darurat	90,88 %	90,88 %	100 %	80 %	90 %	100%	100%
2	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Jalan	71,50 %	70.23 %	100 %	60 %	70 %	80 %	100 %
3	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Inap	64.10 %	64.50 %	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %
4	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Intensif	79,36 %	79.11 %	100 %	50 %	70 %	90 %	100 %
5	Peralatan Medis di Instalasi Tindakan Operasi	82,90 %	83,44 %	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %
6	Peralatan Medis di Instalasi Obstetrik dan Gynekologi	80,00 %	80,00 %	100 %	70 %	90 %	100 %	100 %
7	Peralatan Medis di Instalasi Radiologi	70,37 %	70,89 %	100 %	85 %	90 %	95 %	100 %
8	Peralatan Medis di Instalasi Anestesi	71,20 %	71,77 %	100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
9	Peralatan Medis di Instalasi Laboratorium Klinik	59,26 %	59,41%	100 %	40 %	60 %	80 4	100 %
10	Peralatan Medis Farmasi	19,16%	40,88 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

11	Peralatan Medis di Instalasi Pelayanan Darah (UTD-RS)	45,71 %	50,02 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
12	Peralatan Medis Rehabilitasi Medik/Keterampilan fisik	39,13 %	40,74 %	100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
13	Peralatan Medis di Instalasi Gizi	64,67 %	65,54 %	100 %	60 %	70 %	90 %	100 %
14	Peralatan Medis Kamar Jenazah	30 %	30 %	100 %	60 %	70 %	80 %	100 %
15	IPSRS (Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit)	67 %	67 %	100 %	60 %	70 %	80 %	100 %
16	Laundry	32,65 %	40,32 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
17	IPAL (Pengelolaan Limbah)	20 %	45 %	100 %	80 %	90 %	95 %	100 %
18	NICU	60,37 %	60,80 %	100 %	50 %	70 %	90 %	100 %
	<b>Total</b>	<b>57,57 %</b>	<b>61,69 %</b>					

Sumber data : Ruang/Instalasi di UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

Dari Tabel 6 di atas, diketahui rata-rata kelengkapan peralatan di 18 jenis pelayanan/instalasi pada UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap Provinsi Sulawesi Selatan baru mencapai 61,69%. Dari kondisi tersebut di atas masih perlu penambahan Sarana Prasarana yang dibutuhkan, agar UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap Provinsi Sulawesi Selatan dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat. Pada tahun 2025, ditargetkan kelengkapan peralatan telah mencapai rata-rata 100%.

Kondisi

Tabel 7 : Kondisi Peralatan Medis di UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

NO	JENIS PELAYANAN	CAPAIAN 2023	CAPAIAN 2024	TARGET (%) 5 TAHUN KE DEPAN				
				2021	2022	2023	2024	2025
1	Peralatan Medis di Instalasi Gawat Darurat	62,32 %	63,44 %	100 %	97 %	97 %	97 %	100 %
2	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Jalan	87,22 %	83,90 %	100 %	98 %	98 %	98 %	100 %
3	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Inap	62,55 %	63,66 %	100 %	95 %	95 %	95 %	100 %
4	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Intensif	60,33 %	62,91 %	100 %	90 %	90 %	90 %	100 %
5	Peralatan Medis di Instalasi Tindakan Operasi	70,67 %	74,38 %	100 %	98 %	98 %	98 %	100 %
6	Peralatan Medis di Instalasi Obstetrik dan Gynekologi	79,00 %	80,44 %	100 %	97 %	97 %	97 %	100 %
7	Peralatan Medis di Instalasi Radiologi	69,98 %	67,74 %	100 %	90 %	90 %	90 %	100 %
8	Peralatan Medis di Instalasi Anestesi	66,78 %	71,67 %	100 %	90 %	95 %	95 %	100 %
9	Peralatan Medis di Instalasi Laboratorium Klinik	57,72 %	59,41 %	100 %	90 %	95 %	95 %	100 %
10	Peralatan Medis Farmasi	19,16 %	40,88 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
11	Peralatan Medis di Instalasi Pelayanan Darah	45,71 %	48,41 %	100 %	97 %	97 %	97 %	100 %
12	Peralatan Medis	39,13 %	40,47 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

	Rehabilitasi Medik							
13	Peralatan Medis di Instalasi Gizi	64,50 %	65,54	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
14	Peralatan Medis Kamar Jenazah	100 %	100 %	100 %	50 %	75 %	90 %	100%
15	IPSRS (Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit)	100 %	100 %	100 %	80 %	90 %	100 %	100 %
16	Laundry	85 %	85 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
17	IPAL (Pengelolaan Limbah)	20 %	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
18	NICU	70,80 %	80,90 %					
	<b>TOTAL</b>	<b>64,49 %</b>	<b>70,48 %</b>					

Sumber data : Ruang/ Instalasi di UPT RSUD Nene Mallomo tahun 2024

Dari Tabel 7 di atas, diketahui rata-rata kondisi peralatan yang ada pada 17 jenis pelayanan/instalasi UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap Provinsi Sulawesi Selatan mencapai 70,48%, angka tersebut belum sesuai dengan standar maksimal yang ditetapkan yakni 100%. Untuk peningkatan pelayanan yang terkait dengan peralatan Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidrap Provinsi Sulawesi Selatan menargetkan kondisi peralatan di semua unit layanannya mencapai 100% dalam keadaan baik sehingga menunjang tercapainya standar pelayanan yang telah ditetapkan pada tahun 2025.

b. Kalibrasi

Tabel 8 : Kalibrasi Alat Medis di UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

NO	JENIS PELAYANAN	CAPAIAN 2023 (%)	CAPAIAN 2024 (%)	TARGET (%) 5 TAHUN KE DEPAN				
				2021	2022	2023	2024	2025
1	Peralatan Medis di Instalasi Gawat Darurat			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
2	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Jalan			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
3	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Inap			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
4	Peralatan Medis di Instalasi Rawat Intensif			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
5	Peralatan Medis di Instalasi Tindakan Operasi			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
6	Peralatan Medis di Obstetri, Gynekologi,			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
7	Peralatan Medis di Instalasi Radiologi			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
8	Peralatan Medis di Instalasi Anestesi			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
9	Peralatan Medis di Instalasi Laboratorium Klinik			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
10	Peralatan Medis di Instalasi Pelayanan Darah			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
11	Peralatan Medis			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %

	Rehabilitasi Medik							
12	IPAL (Pengelolaan Limbah)			100 %	40 %	60 %	80 %	100 %
13	Peralatan Medis Perinatal							
	<b>Total</b>							

Sumber data : Ruang/Instalasi di UPT RSUD Nene Mallomo tahun 2024

Dari Tabel 8 di atas dari peralatan yang ada yang wajib dikalibrasi pada 13 jenis pelayanan/instalasi UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap Provinsi Sulawesi Selatan telah mencapai % angka tersebut belum sesuai dengan standar maksimal yang ditetapkan yakni 100%. Kondisi ini belum mencapai dari target pencapaian 5 tahun yang telah ditetapkan UPT RSUD Nene Mallomo. Peralatan yang wajib dikalibrasi harus mendapat kalibrasi/penerapan untuk menentukan kebenaran atau kewajaran nilai penunjukkan alat ukur dan atau bahan ukur. Karena pentingnya standar ini, seiring dengan pemenuhan kelengkapan peralatan sesuai standar, UPT RSUD Nene Mallomo menargetkan semua peralatan wajib kalibrasi yang ada harus 100% dilakukan penerapan pada tahun 2025.

#### 4. Gedung dan Sarana Prasarana

##### a. Kelengkapan Ruangan dan Sarana

Sarana prasarana yang harus dimiliki Rumah Sakit kelas C (berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi& Perizinan rumah sakit serta pemenuhannya di UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap ada pada tabel 5-7 berikut.

Tabel 9 : Pemenuhan Standar Sarana Prasarana UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap

<b>NO</b>	<b>SARANA</b>	<b>STANDAR TIPE C</b>	<b>KONDISI (2024)</b>
1	Bangunan/ Ruang Gawat Darurat	+	+
2	Bangunan/ Ruang Rawat Jalan	+	+
3	Bangunan/ Ruang Rawat Inap	+	+
4	Bangunan/ Ruang Bedah	+	+
5	Bangunan/ Ruang Rawat Intensif		
	NICU	+/-	+
	PICU	+/-	+
	ICU	+/-	+
	HCU	+/-	-
6	Ruang Penyimpanan Peralatan dan Barang Bersih	+	+
7	Ruang Perawat	+	+
8	Ruang Staf Dokter	+	+
9	Ruang Tunggu Keluarga Pasien	+	+
10	Bangunan/ Ruang Isolasi	+	+
11	Bangunan/ Ruang Radiologi	+	+
12	Bangunan/ Ruang Laboratorium Klinik	+	+
13	Bangunan/ Ruang Farmasi	+	+
14	Bangunan/ Ruang Gizi	+	+
15	Bangunan/ Ruang Rehabilitasi Medik	+	+
16	Bangunan/ Ruang Pemeliharaan Sarana Prasarana (IPSR)	+	+
17	Bangunan/ Ruang Pengelolaan Limbah	+	+
18	Ruang Sterilisasi	+	+
19	Bangunan/ Ruang Laundry	+/-	+
20	Bangunan/ Ruang Pemulasaraan Jenazah	+	+
21	Bangunan/ Ruang Administrasi	+	+
22	Bangunan/ Ruang Sanitasi	+	-

23	Bangunan/ Rumah Dinas & Asrama	+	+
24	Ambulans	+	+
25	R. Komite Medis	+	+
26	R. PKMRS	+	+
27	R. Perpustakaan	+	+
28	Ruang Jaga Koass	+	-
29	R. Pertemuan	+	+
30	Ruang Diklat	+	+
31	Ruang Diskusi	+	+
32	Skill Lab dan Audiovisual	+	-
33	Sistem Informasi Rumah Sakit	+	+
34	Sistem Dokumentasi Medis Pendidikan	+	-
35	Listrik	+	+
36	Air	+	+
37	Gas Medis	+	-
38	Limbah Cair	+	+
39	Limbah Padat	+	+
40	Penanganan Kebakaran	+	+
41	Komunikasi	+	+
<b>TOTAL BOBOT</b>		<b>84,36 %</b>	

Sumber data : Ruang/Instalasi di UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

Dari tabel 9 di atas, nampak bahwa kelengkapan sarana prasarana UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap baru mencapai 84,36 % dari standar sarana prasarana yang harus dimiliki rumah sakit kelas C berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 adalah sebesar 100%. Sarana yang belum dimiliki adalah Ruang HCU, Skill Lab dan Audiovisual, Sistem Dokumentasi Medis Pendidikan, Gas Medis, Bangunan/ Ruang Sanitasi, Ruang Perpustakaan, dan Ruang Jaga Koass. Atas kondisi tersebut diatas ditargetkan pada tahun 2025, UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap sudah memenuhi 100% standar Sarana Prasarana berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020.

b. Luas Bangunan

Pemenuhan standar luas bangunan UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Depkes Tahun 2008 adalah sebagai berikut :

Tabel 10 : Bangunan UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

No	Bangunan	Kondisi
	Luas Lahan Rumah Sakit Nene Mallomo :	
1	Luas Tanah	24.604 m <sup>2</sup>
	Luas Bangunan	
2	Poliklinik dan Gedung Kantor	576 m <sup>2</sup>
3	Instalasi Gawat Darurat	399 m <sup>2</sup>
4	Temulawak, Rekam medik, & BPJS	520 m <sup>2</sup>
5	Ruang Mengkudu & Mahkota Dewa	520 m <sup>2</sup>
6	Ruang Sambiloto Atas & Sambiloto Bawah	990 m <sup>2</sup>
7	Ruang Brotowali & gudang	647.5 m <sup>2</sup>
8	Ruang Kemuning & Fisioterapi	392 m <sup>2</sup>
9	Ruang Perlengkapan	375 m <sup>2</sup>
10	Gedung KIA	1.127 m <sup>2</sup>
11	Gedung IBS Lama	510 m <sup>2</sup>
12	Ruang PONEK	144 m <sup>2</sup>
13	Laboratorium	240 m <sup>2</sup>
14	Ruang Radiologi	347 m <sup>2</sup>
15	Ruang CSSD	126 m <sup>2</sup>
16	Tenaga Kesehatan lainnya	160 m <sup>2</sup>
17	Instalasi Farmasi\	318.7 m <sup>2</sup>
18	Unit Transfusi Darah Rumah Sakit	650 m <sup>2</sup>
19	Instalasi Gizi dan Laundry	195 m <sup>2</sup>
20	Gedung IPSRS	39 m <sup>2</sup>
21	Masjid	108 m <sup>2</sup>
22	Perumahan Dinas	902 m <sup>2</sup>
23	Pemulasaran Jenazah	50 m <sup>2</sup>
24	ICU & IBS	792 m <sup>2</sup>

25	PICU & NICU	885 m <sup>2</sup>
26	Security Centre	15 m <sup>2</sup>

Sumber Data : Rekapitulasi Kartu Inventaris Barang (KIB) C Gedung dan Bangunan UPT RSUD Nene Mallomo tahun 2024

Dari tabel 10 di atas, diketahui bahwa UPT RSUD Nene Mallomo pada umumnya sudah memenuhi standar luas ruangan, namun luas bangunan secara keseluruhan belum memenuhi standar sesuai Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Depkes Tahun 2008. Standar luas bangunan untuk Rumah Sakit Kelas C minimal luasnya adalah 5.500 M2 atau 50 M2/TT sedangkan kondisi UPT RSUD Nene Mallomo baru mencapai 58 M2/TT (24.604 M2 : 189 TT).

## 5. Administrasi dan Manajemen

Tabel 11 : Pemenuhan Standar Administrasi dan Manajemen UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

NO	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	STANDAR MINIMAL	KONDISI 2020	BOBOT
1	Status Badan Hukum	+	+	100%
2	Struktur Organisasi	+	+	100%
3	Tata laksana/Tata Kerja/ Uraian Tugas	+	+	100%
4	Peraturan Internal Rumah Sakit (HBL & MSBL)	+	+	100%
5	Komite Medik	+	+	100%
6	Komite Etik & Hukum	+	+	100%
7	Satuan Pemeriksaan Internal	+	+	100%
8	Surat Izin Praktik Dokter	+	+	100%
9	Surat Izin Kerja Bidan dan Perawat	+	+	100%
10	Perjanjian Kerjasama Rumah Sakit & Dokter	+	+	100%
11	Akreditasi RS	+	+	100%
12	Surat izin penyelenggaraan Radiologi	+	+	100%
13	Surat izin Operasi Lift	+	+	100%
14	Surat izin Instalasi Petir	+	+	100%

15	Surat izin Pemadam Kebakaran	+	+	100%
16	Sertifikat Laik Fungsi	+	+	100%
17	Perjanjian Kerjasama Rumah Sakit dengan Pihak Ketiga	+	+	100%
18	Surat izin Pembuangan Air Limbah	+	+	100%
19	Perizinan Berusaha Berbasis Risiko	+	+	100%
	<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>

*Sumber data : Ruang/ Instalasi di UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024*

Dari tabel 11 diatas, nampak bahwa administrasi dan manajemen UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap telah mencapai 100% standar administrasi dan manajemen yang harus dimiliki rumah sakit kelas C berdasarkan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 yaitu sebesar 100%.

## **B. STANDAR OUTPUT**

### a. Pelayanan

Hasil pengukuran standar pelayanan minimal dan target pemenuhan standar pada 5 tahun ke depan di UPT Nene Mallomo diuraikan dalam Tabel 4 s.d 5.

Dari tabel tersebut nampak bahwa UPT RSUD Nene Mallomo telah mencapai sebagian besar dari standar pelayanan yang disyaratkan, namun sebagian lagi masih perlu ditingkatkan terutama ketersediaan tim penanggulangan. Diharapkan pada tahun 2025 seluruh jenis pelayanan tersebut sudah memenuhi standar minimal nasional.

b. Penanganan Penyakit

Hasil pengukuran penanganan 10 penyakit terbanyak dan target pemenuhan standar pada 5 tahun ke depan pada UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap diuraikan dalam Tabel 12 dan 13.

Tabel 12 : 10 Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Inap UPT RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2024

No	Diagnosa	Jumlah	Persentase
1	Pneumonia	466	3.88
2	Demam Berdarah Dengue	347	2.89
3	Bronkitis Akut dan Bronkiolitis Akut	338	2.81
4	Diare dan Gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu	217	1.81
5	Penyakit Jantung Iskemik Lainnya	216	1.80
6	Strok tak menyebut perdarahan atau Infark	214	1.78
7	Dispepsia	213	1.77
8	Diabetes Melitus Bergantung Insulin	18220	1.50
9	Anemia Lainnya	172	1.43
10	Diabetes Melitus tidak bergantung Insulin	158	1.32
Sub Total		2521	20.99
Total		12012	

Sumber Data : Instalasi Rekam Medik UPT RSUD Nene Mallomo Tahun 2024

Tabel 13 : 10 Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Jalan UPT RSUD Nene Mallomo  
Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2024

No	Diagnosa	Jumlah	Persentase
1	Katarak dan Gangguan Lain Lensa	188	0.37
2	Bronkitis, Emfisema dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Lainnya	75	0.15
3	Dispepsia	70	0.14
4	Penyakit Pulpa dan Periapikal	49	0.10
5	Penyakit Telinga dan Prosesus Mastoid	48	0.09
6	Penyakit Gusi, Jaringan Periodontal dan Tulang Alveolar	43	0.08
7	Kongjungtivitas dan Gangguan Konjungtiva	41	0.08
8	Diabetes Melitus tidak bergantung Insulin	36	0.07
9	Otitis Media dan Gangguan Mastoid dan Telinga Tengah	35	0.07
10	Penyakit Hipertensi Lainnya	34	0.07
Sub Total		619	1.21
Total		51224	

Sumber Data : Instalasi Rekam Medik UPT RSUD Nene Mallomo tahun 2024

Tabel 14 : Capaian SPM 2024

<b>NO</b>	<b>Jenis Pelayanan</b>	<b>Capaian (%) SPM 2023</b>	<b>Capaian (%) SPM 2024</b>
1	Pelayanan Gawat Darurat	99.5 %	106.5 %
2	Pelayanan Rawat Jalan	103.95 %	98.25 %
3	Pelayanan Rawat Inap	102 %	120 %
4	Bedah Sentral	129 %	127 %
5	Persalinan dan Perinatologi	106.85 %	108.26 %
6	Pelayanan Intensif	91.08 %	61.43 %
7	Radiologi	133 %	138 %
8	Laboratorium Patologi Klinik	82.63 %	89.75 %
9	Rehabilitasi Medik	116 %	133 %
10	Farmasi	88.08 %	86.37 %
11	Gizi	116.66 %	125 %
12	Transfusi Darah	56 %	56 %
13	Pelayanan Gakin	100 %	100 %
14	Rekam Medik	108 %	115 %
15	Pengolahan Limbah	100 %	26.41 %
16	Administrasi dan Manajemen	97.82 %	60.01 %
17	Ambulans/Kereta Jenazah	90 %	90 %
18	Pemulasaran Jenazah	75 %	25 %
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	111.33 %	107.5 %
20	Pelayanan Laundry	99 %	97 %
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	126.33 %	120.33 %
<b>Rata-rata Rekap Capaian SPM</b>		<b>101.95%</b>	<b>94.80 %</b>

Sumber Data : Instalasi / Ruangan UPT RSUD Nene Mallomo tahun 2024

Dari tabel 14 di atas dapat dilihat adanya kenaikan beberapa indikator capaian SPM dari tahun 2023 ke tahun 2024, namun beberapa jenis pelayanan mengalami penurunan capaian seperti :

1. Pelayanan Rawat Jalan, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 103.95% ke tahun 2024 capaian menjadi 98.25%. Hal tersebut adanya indikator penilaian pelayanan Rawat Jalan yang capaiannya mengalami penurunan yakni kurangnya ketepatan waktu pemberi pelayanan dokter di Poliklinik Spesialis pada jam buka pelayanan juga menurun karena adanya dokter yang tidak masuk sesuai jadwal yang ditentukan, sehingga kepuasan pelanggan pada rawat jalan juga mengalami penurunan dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
2. Pelayanan Bedah Sentral, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 129% ke tahun 2024 capaian menjadi 127%. Hal tersebut dikarenakan ada indikator penilaian pelayanan Bedah Sentral yang capaiannya mengalami penurunan namun pada indikator waktu tunggu operasi elektif mengalami peningkatan yang berarti waktu tunggu pasien lebih sedikit atau waktu operasi pasien lebih cepat dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
3. Pelayanan farmasi, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 88.08% ke tahun 2024 capaian menjadi 86.37%. Hal tersebut dikarenakan ada 1 indikator pelayanan farmasi yang capaiannya mengalami sedikit penurunan yakni waktu tunggu obat racikan karena peningkatan jumlah pasien yang dilayani tidak disertai dengan penambahan jumlah petugas sehingga waktu yang diperlukan untuk meracik obat bertambah lama serta adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
4. Pelayanan Intensif, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 91.08% ke tahun 2024 capaian menjadi 61.43%. Hal tersebut pada indikator 1 rata-rata pasien dengan kasus yang sama kembali ke Ruang ICU kurang 3 hari (<72 jam) dengan melebihi target 2024 karena kondisi pasien yang menurun setelah dipindahkan ke ruang perawatan sehingga lagi

membutuhkan perawatan Intensif di ruang ICU dan indikator 2 pemberi pelayanan unit Intensif menurun karena adanya petugas ICU yang dimutasi yang telah mengikuti pelatihan ICU dengan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.

5. Pelayanan UTDRS, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 56% ke tahun 2024 capaian menjadi 55.6%. Hal tersebut salah satu indikator penilaian pelayanan UTDRS pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse mengalami penurunan dikarenakan target 2024 meningkat dari target sebelumnya dengan capaian yang melebihi target karena adanya kerjasama RSUD Nene Mallomo dengan PMI Kota Parepare untuk kebutuhan darah bagi pelayanan intensif dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
6. Pengolahan Limbah, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 100% ke tahun 2024 capaian menjadi 26.41%. Hal tersebut pada indikator 1 Pengolahan Limbah yang capaiannya mengalami penurunan karena adanya beberapa alat (mesin pompa dan *doshin pum*) sehingga capaian menurun, pada indikator 2 capaian menurun karena pengolahan limbah padat berbahaya masih di pihak ketigakan dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
7. Pelayanan Administrasi dan Manajemen, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 97.82% ke tahun 2024 capaian menjadi 61.5%. Hal tersebut beberapa indikator penilaian Pelayanan Administrasi dan Manajemen yaitu ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat mengalami penurunan keterlambatan pengumpulan berkas dari pegawai yang ingin naik pangkat. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun mengalami penurunan karena adanya keterbatasan anggaran sehingga ASN yang ingin ikut pelatihan terbatas juga kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap juga menurun hasil persentasenya dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.

8. Pelayanan Pemeliharaan sarana rumah sakit, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 111.33% ke tahun 2024 capaian menjadi 107.5%. Hal tersebut dikarenakan ada indikator pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit yang capaiannya menurun yakni pada kecepatan waktu dalam menanggapi kerusakan alat yang rusak dibutuhkan waktu mulai dari laporan alat rusak diterima sampai pada petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, dan penurunan alat ukur lainnya yang akan dikalibrasi sesuai dengan ketentuan kalibrasi dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
9. Pelayanan Pemusaran Jenazah, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 75% ke tahun 2024 capaian menjadi 25%. Hal tersebut dikarenakan indikator pelayanan pemulasaran jenazah yang capaiannya menurun kurangnya angka kematian dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
10. Pelayanan Laundry, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 99% ke tahun 2024 capaian menjadi 97%. Hal tersebut karena adanya kendala kebijakan dan sarpras yang dirasa kurang sesuai sehingga menyebabkan alur proses manajemen linen tidak optimal seperti pada proses pelaksanaan masih ada yang berjalan belum sesuai SOP dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
11. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 126.33% ke tahun 2024 capaian menjadi 120.33%. Hal tersebut salah satu indikator tersedianya anggota tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terlatih di UPT RSUD Nene Mallomo mengalami penurunan, hasil capaian sudah memenuhi standar nasional pada saat dilakukan perhitungan antara capaian dan target maka hasil persentasenya menurun karena penentuan target setiap tahun meningkat pada indikator ini dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.

Tabel 15 : Pencapaian SPM Pelayanan Gawat Darurat

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Jam buka pelayanan gawat darurat (kabupaten/kota)	24 jam	24 jam	100%	24 jam	24 jam	100%	24 jam				
3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	46%	46%	100%	43%	43%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	100%	1 Tim	1 Tim	100%	1 Tim	1 Tim	2 Tim	1 Tim	1 Tim
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤5 Menit	2.1 menit	158 %	5 Menit	2.1 menit	158 %	5 Menit				
6	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥90%	96%	102%	94,20%	98%	104%	94,20 %	94,20 %	95%	94,20 %	94,20%
7	Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat	≤ 2%	1,04%	90%	≤ 2%	1,05%	147%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			99,5%			106.5%					

Tabel 16 : Pencapaian SPM Pelayanan Rawat Jalan

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100%	96.56%	126%	76.25%	80.44%	105%	76.25%	76.25%	76.50%	76.50%	76.30%
2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	4 Klinik	14 klinik	149%	10 klinik	14 klinik	149%	10 klinik	10 klinik	10 klinik	10 klinik	13 klinik
3	Jam buka pelayanan	100% (08.00 – 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat)	96 %	96%	100% (08.00 – 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat)	75%	75%	100% (08.00 – 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat)	100% (08.00 – 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat)	100% (08.00 – 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat)	100% (08.00 – 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat)	100% (08.00 – 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat)
4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤60 menit	32 menit	146%	60 menit	28 menit	153%	60 menit				
5	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥90%	98 %	103%	95%	98%	103%	95%	95%	96%	90%	90%
6	Pasien Rawat Jalan TB Yang ditangani dengan DOTS	100%	3.75%	3.75%	100%	4.71	4.71%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			103.95%			98.25%					

Tabel 17 : Pencapaian SPM Pelayanan Rawat Inap

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Pemberi pelayanan rawat inap	100%	98%	98%	100%	98%	98%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%	96%	96%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Jam visite dokter spesialis	100%	80.83%	85.08%	96%	87.11%	90.73%	95%	96%	97%	94%	94%
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤1.5 %	1.72%	170.9%	0.50%	0.79%	216%	0.50%	0.50%	0.45%	0.55%	0.50%
6	Angka kejadian infeksi nosokomial	≤1.5%	1.54%	141%	2.55%	0.50%	180%	2.60%	2.55%	2.50%	2.65%	2.60%
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	90%	90%
8	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤0.24%	1.22%	103.22%	1.20%	14.08%	191,47%	1.25%	1.20%	1.15%	1.30%	1.30%
9	Kejadian pulang paksa	≤5%	2.36%	105.6%	2.40%	3.77%	136.33%	2.50%	2.40%	2.30%	2.50%	2.40%
10	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥90%	99%	99%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Pasien rawat Inap di Tangani dengan DOTS	100%	18.74%	18.74%	100%	17.98%	17.98%	100%	100%	100%	85%	85%
	Rata-rata			102%			120%					

Tabel 18 : Pencapaian SPM Pelayanan Bedah Sentral

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Waktu tunggu operasi elektif	≤2 Hari	1.00	101%	1.00 Hari	2.88	88%	1.01 Hari	1.00 Hari	0.90 Hari	1.02 Hari	1.00 Hari
2	Kejadian kematian di meja operasi	≤1%	0%	200%	0%	0%	200%	0%	0%	0%	0%	0%
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤6%	0%	200%	5%	0%	200%	4%	5%	4%	5%	4%
	Rata-rata			129%			127%					

Tabel 19 : Pencapaian SPM Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	kematian ibu karena persalinan	0% (Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2% )	a.pendarahan ≤ 0% b. Preeklampsia ≤ 0% c. Sepsis ≤ 0%	0%	a.pendarahan ≤ 1.85% b. Preeklampsia ≤ 30.85% c. Sepsis ≤ 0.3%	a.pendarahan ≤ 0% b. Preeklampsia ≤ 30.85% c. Sepsis ≤ 0.3%	0%	a.pendarahan ≤ 1.85% b. Preeklampsia ≤ 30.85% c. Sepsis ≤ 0.3%	a.pendarahan ≤ 1.85% b. Preeklampsia ≤ 30.85% c. Sepsis ≤ 0.3%	a.pendarahan ≤ 1.85% b. Preeklampsia ≤ 30.85% c. Sepsis ≤ 0.3%	a.pendarahan ≤ 1.85% b. Preeklampsia ≤ 30.85% c. Sepsis ≤ 0.3%	a.pendarahan ≤ 1.85% b. Preeklampsia ≤ 30.85% c. Sepsis ≤ 0.3%
2	Pemberi pelayanan persalinan normal	100	100%	100%	90%	100%	100%	85%	90%	95%	85%	85%
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100	50%	50%	100%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100	16.66%	16.66%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Kemampuan menangani BBLR 1.500 gr - 2.500 gr	100%	94%	99%	100%	92%	92%	95%	100%	100%	100%	100%
6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	74%	411%	17%	77.11%	428%	18%	17%	16%	17%	16%
7	Keluarga Berencana Mantap	100%	100%	119%	100%	15.27%	15.27%	84%	100%	100%	95%	95%
8	Konseling KB Mantap	100%	67.04%	67.04%	100%	90.13%	90.13%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Kepuasan Pelanggan	≥80%	99%	99%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			106.85%			108.26%					

Tabel 20 : Pencapaian SPM Pelayanan Intensif

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0.25%	158%	0.50%	0.52%	104%	0.60%	0.50%	0.40%	0.70%	0.60%
2	Pemberi pelayanan unit intensif	100%	24.16%	24.16%	100%	18.87%	18.87%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			91.08%			61.43%					

Tabel 21 : Pencapaian SPM Pelayanan Radiologi

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤3 Jam	1.48Jam	191%	0.50 Jam	0.26%	192%	0.45 Jam	0.50 Jam	0.45 Jam	0.50 Jam	0.45 Jam
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	100%	98.82%	105%	94%	99.19%	105%	93.75%	94%	95%	93%	93.50%
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤2%	1.24%	135%	3%	1.25%	158%	<2%	3%	2%	3%	2%
4	Kepuasan Pelanggan	≥80%	98%	98%	100%	97%	97%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata - rata			133 %			138%					

Tabel 22 : Pencapaian SPM Pelayanan Laboratorium

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	140 Kimia darah	96.8 menit	102.52%	98 menit	73 menit	125%	99 menit	98 menit	97 menit	98 menit	98 menit
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100	26 %	25%	100%	35%	35%	90%	100%	100%	80%	80%
3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kepuasan pelanggan	≥80%	99%	99%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			82.63%			89.75%					

Tabel 23 : Pencapaian SPM Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤50%	12.50%	147%	23%	0.18	199%	23.5%	23%	22.5%	23.75%	23.5%
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Kepuasan pelanggan	≥80%	97%	102%	95%	95%	100%	94.75%	95%	96%	94.50%	94.60%
	Rata-rata			116%			133%					

Tabel 24 : Pencapaian SPM Pelayanan Farmasi

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Waktu tunggu obat jadi	≤30 Menit	28.97 Menit	45%	18.90 Menit	28.56 menit	47%	18.95 Menit	18.90 Menit	18.95 Menit	19.00 Menit	18.90 Menit
2	Waktu tunggu obat racikan	≤60 Menit	34.99 Menit	111%	39.25 Menit	36.18 menit	99.87%	39.30 Menit	39.25 Menit	39.20 Menit	39.30 Menit	39.25 Menit
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kepuasan pelanggan	≥80%	76%	84.44%	95%	81%	85%	90%	95%	100%	80%	80%
5	Penulisan resep sesuai formularian	100%	99.99%	99.99%	100%	99.99%	99.99%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			88.08%			86.37%					

Tabel 25 : Pencapaian SPM Pelayanan Gizi

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≥20%	10%	150%	19%	5%	174%	20%	19%	21.25%	22.00%	20%
3	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			116.66%			125%					

Tabel 26 : Pencapaian SPM Pelayanan Transfusi Darah

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100%	99%	112%	88.75%	99%	111%	88.50%	88.75%	88.25%	88%	88%
2	Kejadian reaksi transfusi	≤0.01%	0.25%	0%	0%	0.2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Rata-rata			56%			56%					

Tabel 27 : Pencapaian SPM Pelayanan Keluarga Miskin

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			100%			100%					

Tabel 28 : Pencapaian SPM Pelayanan Rekam Medik

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	87%	99%	86.75%	93.7%	108%	86.50%	86.75%	87.00%	86.30%	86.30%
2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	99%	101%	99%	99%	100%	98%	99%	100%	98%	98%
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 Menit	11 menit	90%	10 menit	8 menit	120%	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	15 Menit	22 menit	145%	11.25 menit	17 menit	134%	12 menit	11.25 menit	11 menit	12.50 menit	11.35 menit
	Rata - rata			108%			115%					

Tabel 29 : Pencapaian SPM Pengolahan Limbah

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Baku mutu limbah cair	BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l PH 6-9	100%	100%	100%	37.5%	37.5%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	15.32%	15.32%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			100%			26.41%					

Tabel 30 : Pencapaian SPM Pelayanan Administrasi Dan Manajemen

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	82.05%	82.05%	100%	37.60%	37.60%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	83%	83%	100%	87%	87%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥60%	25%	25%	100%	0.55%	0.55%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Cost recovery	≥40%	153%	255%	65.50%	125%	191%	60%	65.50%	70%	57.75%	57.75%
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%	85%
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	120%	19.40%	135%	30 menit	28.72%	104%	30 menit				
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	0%	0%	70%	0%	0%	65%	70%	80%	65%	65%
	Rata - rata			97.82%			60.01%					

Tabel 31 : Pencapaian SPM Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	24 Jam	24 Jam	100%	24 jam	24 jam	100%	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit	30 Menit	18 Menit	80%	14.75 Menit	18 menit	80%	15 Menit	14.75 Menit	14.50 Menit	14.50 Menit	14.40 Menit
	Rata-rata			90%			90%					

Tabel 32 : Pencapaian SPM Pelayanan Pemulasaran Jenazah

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	2 jam	75 menit	75%	100 menit	25 menit	25 %	100 menit				
	Rata-rata			75%			25%					

Tabel 33 : Pencapaian SPM Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 Menit	≥ 80%	63%	81%	80%	94%	115%	75%	80%	85%	80%	80%
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	90%	100%	100%	80%	90%	100%	100%	100%
3	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	42%	153%	100%	0%	0%	90%	100%	100%	100%	100%
	Rata -rata			111.33%			107.5%					

Tabel 34 : Pencapaian SPM Pelayanan Laundry

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	98%	98%	100%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	99%	99%	100%	99%	99	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata-rata			99%			97%					

Tabel 35 : Pencapaian SPM Pelayanan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi

No	Indikator	Standar Nasional	Capaian 2023	Kinerja 2023	Target 2024	Capaian 2024	Kinerja 2024	Target				
								2023	2024	2025	2026	2027
1	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	≥75%	100%	125%	85%	100%	118%	80%	85%	90%	85%	85%
2	Koordinasi APD (Alat Pelindung Diri)	≥75%	100%	154%	70%	100%	143%	65%	70%	75%	65%	65%
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	≥75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rata -rata			126.33%			120.33%					

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

1. Pelayanan Rawat Jalan, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 103.95% ke tahun 2024 capaian menjadi 98.25%. Hal tersebut adanya indikator penilaian pelayanan Rawat Jalan yang capaiannya mengalami penurunan yakni kurangnya ketepatan waktu pemberi pelayanan dokter di Poliklinik Spesialis pada jam buka pelayanan juga menurun karena adanya dokter yang tidak masuk sesuai jadwal yang ditentukan, sehingga kepuasan pelanggan pada rawat jalan juga mengalami penurunan dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
2. Pelayanan Bedah Sentral, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 129% ke tahun 2024 capaian menjadi 127%. Hal tersebut dikarenakan ada indikator penilaian pelayanan Bedah Sentral yang capaiannya mengalami penurunan namun pada indikator waktu tunggu operasi elektif mengalami peningkatan yang berarti waktu tunggu pasien lebih sedikit atau waktu operasi pasien lebih cepat dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
3. Pelayanan farmasi, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 88.08% ke tahun 2024 capaian menjadi 86.37%. Hal tersebut dikarenakan ada 1 indikator pelayanan farmasi yang capaiannya mengalami sedikit penurunan yakni waktu tunggu obat racikan karena peningkatan jumlah pasien yang dilayani tidak disertai dengan penambahan jumlah petugas sehingga waktu yang diperlukan untuk meracik obat bertambah lama serta adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
4. Pelayanan Intensif, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 91.08% ke tahun 2024 capaian menjadi 61.43%. Hal tersebut pada indikator 1 rata-rata pasien dengan kasus yang sama kembali ke Ruang ICU kurang 3 hari (<72 jam) dengan melebihi target 2024 karena kondisi pasien yang menurun setelah dipindahkan ke ruang

perawatan sehingga lagi membutuhkan perawatan Intensif di ruang ICU dan indikator 2 pemberi pelayanan unit Intensif menurun karena adanya petugas ICU yang dimutasi yang telah mengikuti pelatihan ICU dengan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.

5. Pelayanan UTDRS, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 56% ke tahun 2024 capaian menjadi 55.6%. Hal tersebut salah satu indikator penilaian pelayanan UTDRS pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse mengalami penurunan dikarenakan target 2024 meningkat dari target sebelumnya dengan capaian yang melebihi target karena adanya kerjasama RSUD Nene Mallomo dengan PMI Kota Parepare untuk kebutuhan darah bagi pelayanan intensif dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
6. Pengolahan Limbah, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 100% ke tahun 2024 capaian menjadi 26.41%. Hal tersebut pada indikator 1 Pengolahan Limbah yang capaiannya mengalami penurunan karena adanya beberapa alat (mesin pompa dan *doshin pum*) sehingga capaian menurun, pada indikator 2 capaian menurun karena pengolahan limbah padat berbahaya masih di pihak ketigakan dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
7. Pelayanan Administrasi dan Manajemen, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 97.82% ke tahun 2024 capaian menjadi 61.5%. Hal tersebut beberapa indikator penilaian Pelayanan Administrasi dan Manajemen yaitu ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat mengalami penurunan keterlambatan pengumpulan berkas dari pegawai yang ingin naik pangkat. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun mengalami penurunan karena adanya keterbatasan anggaran sehingga ASN yang ingin ikut pelatihan terbatas juga kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap juga menurun hasil

persentasenya dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.

8. Pelayanan Pemeliharaan sarana rumah sakit, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 111.33% ke tahun 2024 capaian menjadi 107.5%. Hal tersebut dikarenakan ada indikator pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit yang capaiannya menurun yakni pada kecepatan waktu dalam menanggapi kerusakan alat yang rusak dibutuhkan waktu mulai dari laporan alat rusak diterima sampai pada petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, dan penurunan alat ukur lainnya yang akan dikalibrasi sesuai dengan ketentuan kalibrasi dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
9. Pelayanan Pemusaran Jenazah, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 75% ke tahun 2024 capaian menjadi 25%. Hal tersebut dikarenakan indikator pelayanan pemulasaran jenazah yang capaiannya menurun kurangnya angka kematian dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
10. Pelayanan Laundry, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 99% ke tahun 2024 capaian menjadi 97%. Hal tersebut karena adanya kendala kebijakan dan sarpras yang dirasa kurang sesuai sehingga menyebabkan alur proses manajemen linen tidak optimal seperti pada proses pelaksanaan masih ada yang berjalan belum sesuai SOP dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.
11. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, terjadi penurunan dari tahun 2023 capaian sebesar 126.33% ke tahun 2024 capaian menjadi 120.33%. Hal tersebut salah satu indikator tersedianya anggota tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terlatih di UPT RSUD Nene Mallomo mengalami penurunan, hasil capaian sudah memenuhi standar nasional pada saat dilakukan perhitungan antara capaian dan target maka hasil persentasenya menurun karena

penentuan target setiap tahun meningkat pada indikator ini dan adanya perubahan perhitungan hasil capaian kinerja pada SPM 2024.

## B. Rekomendasi

1. Perlu adanya ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan dokter di Poliklinik Spesialis pada pasien agar meningkatnya kepuasan pelanggan pada rawat jalan di UPT RSUD Nene Mallomo.
2. Penambahan Tenaga dokter spesialis terutama 4 (empat) pelayanan dasar agar waktu tunggu operasi efektif dapat meningkatkan capaiannya sesuai standar.
3. Penambahan jumlah petugas, perbaikan ketetapan jadwal poli/visite dokter, penambahan kursi ruang tunggu obat untuk kenyamanan pasien.
4. Perlu adanya penambahan tenaga pada ruang ICU yang telah bersertifikat
5. Melakukan sosialisasi kepada pasien yang ingin mendonorkan darahnya langsung ke UPT RSUD Nene Mallomo agar Unit Tenaga Darah banyak banyak stok darah yang tersedia.
6. Penambahan anggaran untuk perbaikan alat yang rusak di IPAL.
7. Perlu adanya komunikasi antara administrasi dan manajemen rumah sakit terkait kenaikan pangkat PNS, menindaklanjuti kembali kesediaan anggaran terkait kegiatan pelaksanaan pertemuan /pelatihan tersebut.
8. Perlu adanya peningkatan pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana dalam menanggapi kerusakan alat yang di rumah sakit.
9. Terus lakukan upaya peningkatan kualitas pelayanan pemulasaran jenazah, baik dari segi fasilitas, petugas, maupun prosedur yang digunakan, serta Libatkan masyarakat dalam kegiatan pelatihan atau sosialisasi mengenai pemulasaran jenazah, sehingga masyarakat lebih memahami dan dapat berpartisipasi dalam prosesi pemulasaran.

10. Yang belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas dan terdokumentasi diharapkan untuk setiap tahapan proses laundry harus tersedia dan dipahami oleh seluruh staf.
11. Perlu adanya penambahan anggota tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terlatih di UPT RSUD Nene Mallomo.