



**BERITA DAERAH KABUPATEN BANTAENG
TAHUN 2024 NOMOR 25**

**PERATURAN BUPATI BANTAENG
NOMOR 25 TAHUN 2024**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. Dr. H. M. ANWAR MAKKATUTU**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANTAENG,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu;

Mengingat : 1. Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan

- Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6516);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1107);
 9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 204);
 11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

12. Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 139 Tahun 2009 tentang Petunjuk Teknis Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit di Provinsi Sulawesi Selatan (Berita Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2009 Nomor 139);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. Dr. H. M. ANWAR MAKKATUTU.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bantaeng.
2. Bupati adalah Bupati Bantaeng.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu.
4. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat pengguna jasa layanan yang meliputi penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan.
5. Jenis pelayanan adalah jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
6. Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yang harus diberikan secepatnya untuk mengurangi risiko kematian atau cacat tanpa memperhitungkan jumlah kunjungan dan pelayanan yang diberikan kepada peserta atau anggota keluarganya.
7. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum untuk keperluan observasi, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
8. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum untuk keperluan observasi, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, perawatan dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dimana peserta dan/atau keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

9. Satuan Pemeriksa Internal adalah unit kerja pada rumah sakit yang bertugas untuk melakukan pemeriksaan kinerja internal rumah sakit.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dalam melaksanakan:
- a. perencanaan;
 - b. pelaksanaan;
 - c. pengendalian;
 - d. pengawasan; dan
 - e. pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (2) SPM ini bertujuan untuk :
- a. menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing unit pelayanan; dan
 - b. memberikan kepastian hukum bagi RSUD dalam memberikan pelayanan.

BAB III

JENIS PELAYANAN

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan.
- (2) Upaya penyembuhan dan pemulihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terpadu melalui :
- a. pencegahan;
 - b. peningkatan; dan
 - c. rujukan.
- (3) Jenis pelayanan kesehatan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah sentral;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;

- j. pelayanan gizi;
 - k. pelayanan transfusi darah;
 - l. pelayanan pasien keluarga miskin;
 - m. pelayanan rekam medik;
 - n. pelayanan pengelolaan limbah;
 - o. pelayanan administrasi dan manajemen;
 - p. pelayanan ambulans dan mobil jenazah;
 - q. pelayanan perawatan jenazah;
 - r. pelayanan laundry;
 - s. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
 - t. pencegahan dan pengendalian infeksi; dan
 - u. pelayanan keamanan;
- (4) Uraian SPM setiap jenis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 4

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
- a. fasilitas;
 - b. pemberian orientasi umum;
 - c. petunjuk teknis;
 - d. bimbingan teknis;
 - e. pendidikan dan latihan; dan atau
 - f. bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - 1) perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM termasuk kesenjangan pembiayaannya;
 - 2) penyusunan rencana pencapaian SPM dan penempatan target tahunan pencapaian SPM;
 - 3) penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - 4) pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 5

- (1) Pengawasan operasional RSUD dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal.

- (2) Pengawasan terhadap pelaksanaan urusan pemerintahan daerah dilakukan oleh Inspektorat Daerah.
- (3) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) bersama pimpinan RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan untuk membantu Direktur dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di RSUD sesuai dengan SPM.

Pasal 6

Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan Pasal 5 juga dilakukan oleh Dewan Pengawas RSUD sesuai ketentuan peraturan Perundang-undangan.

BAB V

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Pada saat Peraturan Bupati ini berlaku, Peraturan Bupati Nomor 34 tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu (Berita Daerah Kabupaten Bantaeng Tahun 2011 Nomor 34) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan Penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Bantaeng.

Ditetapkan di Bantaeng
pada tanggal, 29 April 2024

Pj. BUPATI BANTAENG,
Cap/Ttd
ANDI ABUBAKAR

Diundangkan di Bantaeng
pada tanggal, 29 April 2024



BERITA DAERAH KABUPATEN BANTAENG
TAHUN 2024 NOMOR 25

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI BANTAENG
NOMOR
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH PROF. Dr. H. M.
ANWAR MAKKATUTU

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RSUD PROF. Dr. H. M. ANWAR MAKKATUTU

A. PENDAHULUAN

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah Sakit sebagai unit yang memberikan pelayanan kesehatan kepadamasyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit Umum dan Swasta dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu serta professional sehingga dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka diperlukan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.

B. PROFIL RSUD PROF. Dr. H. M. ANWAR MAKKATUTU

RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu didirikan pada tahun 1921 dan merupakan warisan Pemerintah Belanda. Nama rumah sakit diambil dari nama salah satu putra daerah Kabupaten Bantaeng yang merupakan Guru Besar pada Bagian Ilmu Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Univaersitas Hasanuddin.

RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu sebagai rumah sakit milik pemerintah daerah dalam pemberian pelayanannya senantiasa berupaya untuk memberikan yang terbaik untuk pelanggannya yang bukan hanya melayani masyarakat Kabupaten Bantaeng saja akan tetapi juga melayani masyarakat tetangga seperti Kabupaten Jeneponto dan Kabupaten Bulukumba.

Sebagai pemberi pelayanan yang terbesar di Kabupaten Bantaeng maka RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu selalu berupaya melakukan pengembangan pelayanan.

Berdasarkan Keputusan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 5/J.09/PTsp/2020 tentang Izin Operasional RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu menetapkan RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu sebagai Rumah Sakit Umum Kelas B.

Semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan yang diselenggarakan oleh sektor publik telah mendorong setiap instansi pemerintah untuk meresponnya dalam rangka memberikan pelayanan prima (*Service Excellent*). Salah satu wujud kepedulian rumah sakit terhadap mutu pelayanan yang diberikan kepada masyarakat terbukti dengan adanya pengakuan berupa Sertifikasi Akreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan Nomor Sertifikat : KARS-SERT/1166/VI/2023, yang berlaku sejak 12 Juni 2023 sampai dengan 21 Mei 2027 dengan Status Akreditasi PARIPURNA.

Visi RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu adalah “Terwujudnya RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu sebagai Primadona Selatan-Selatan. Sedangkan misi dari RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu adalah :

1. Menciptakan pelayanan kesehatan mandiri dan proaktif;
2. Menciptakan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya; dan
3. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia

C. MAKSUD DAN TUJUAN

Penetapan SPM RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu dimaksudkan sebagai penetapan ketentuan mengenai jenis dan kualitas pelayanan sebagai acuan yang diupayakan oleh RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu, dan juga digunakan sebagai tolak ukur kinerja dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraannya.

SPM RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu ini juga memberi kejelasan definisi operasional, indikator kinerja , penentuan target tahapan target/waktu pencapaian, cara perhitungan nilai pencapaian kinerja/standar, dengan memberi kejelasan pembilang dan penyebutnya, serta sumber data yang dipergunakan. Penetapan SPM RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu juga sekaligus untuk memenuhi persyaratan dalam pelaksanaan Pola Kelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah sehingga dimungkinkannya praktek bisnis yang sehat oleh unit teknis pelayanan pemerintah dalam mengupayakan kesejahteraan yang optimal bagi masyarakat.

D. PENGERTIAN UMUM DAN KHUSUS

Umum :

1. RS adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat;
2. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan yang meliputi promotif,

preventif, kuratif, dan rehabilitatif;

Khusus :

1. Dimensi kinerja adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan SPM yang meliputi : akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia;
2. Indikator adalah latar belakang/alasan mengapa suatu kinerja tersebut perlu diukur;
3. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
4. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator tersedia;
5. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
6. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
7. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
8. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai;
9. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

E. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Standar pelayanan minimal setiap jenis pelayanan dapat diuraikan sebagai berikut :

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			STANDAR
		JENIS	URAIAN		
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1	Kemampuan menangani life saving	100%
			2	Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%
			3	Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim

		Proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	
			3*5	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	
			6	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	
			Output	7	Kematian pasien di IGD (≤ 8jam)	≤ 2 perseribu
			Outcome	8	Kepuasan pasien	≥ 70 %
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1	Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	
			2	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	
			3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 – 11.00	
			4	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	
		Proses	5	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	
			7	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	
		Output	8	Peresepan obat sesuai formularium	100%	
			9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%	
		Outcome	10	Kepuasan pasien	≥ 90 %	

3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1	Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS
			2	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS
			3	Tempat tidur dengan pengaman	100%
			4	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%
		Proses	5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
			6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00
			7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
			8	Kejadian infeksi nosokomial	≤9%
			9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%
			10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
			11	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%
		Output	12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%
			13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %
		Outcome	14	Kepuasan pasien	≥ 90 %
4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	1	Ketersediaan Tim Operator	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (Beban kerja)
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi	Sesuai dengan kelas

					rumah sakit
		Proses	3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	100%
			4	Waktu Tunggu Operasi Elektif	≤2 hari
		Output	5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
			6	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%
			7	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi	100%
			8	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi	100%
			9	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>	100%
			10	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤1 %
		Outcome	11	Kepuasan Pelanggan	≥90 %
5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan
			2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Terlatih
			3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An
			4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%
			5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%
		Proses	6	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20 %
			7	Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100%

			8	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%
		Output	9	Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		Outcome	10	Kepuasan pasien	$\geq 80\%$
6	Pelayanan Intensif	Input	1	Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU
		Proses	3	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU
			4	Kepatuhan terhadap hygiene	100%
			5	Kejadian infeksi nosokomial	$<21\%$
			6	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3\%$
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
		7	Pelayanan Radiologi	Input	1
2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi				Sesuai kelas RS
Proses	3			Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam
	4			Kerusakan foto	$\leq 2\%$
	5			Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%
Output	6			Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter Spesialis radiologi
Outcome	7			Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

8	Pelayanan Patologi Klinik	Input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS
			2	Fasilitan dan peralatan	Sesuai kelas RS
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit
			4	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan	100%
			5	Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS	Tersedia
			6	Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru	Tersedia
Output	7	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%		
	8	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%		
	9	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%		
	Outcome	10	Kepuasan Pelanggan	≥80 %	
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik	Sesuai ketentuan kelas rumah sakit
			2	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik	Sesuai ketentuan kelas rumah sakit
		Proses	3	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%
		Output	4	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan	≤50 %
		Outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥80 %
11	Pelayanan Gizi	Input	1	Pemberi Pelayanan Gizi	Sesuai kelas rumah sakit
			2	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi	Sesuai kelas rumah sakit
			3	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %

			4	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%
		Output	5	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	≤20 %
		Outcome	6	Kepuasan Pelanggan	≥80 %
12	Pelayanan Transfusi Darah	Input	1	Tenaga Penyedia Pelayanan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit	Sesuai Standar BDR
			2	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah	Sesuai Standar BDR
		Proses	3	Kejadian Reaksi Transfusi	≤0,01 %
		Output	4	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan	100%
		Outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥80 %
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1	Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin	Tersedia
			696	2	Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin
	Proses	3	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan	≤ 15 menit	
		4	Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin	100%	
	Output	5	Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani	100%	
		Outcome	6	Kepuasan Pelanggan	≥80 %
14	Pelayanan Rekam Medik	Input	1	Pemberi Pelayanan Rekam medik	Sesuai kelas rumah sakit
			Proses	2	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
		3		Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤15 menit
		Output	4	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%
			5	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%
		Outcome	6	Kepuasan Pelanggan	≥80 %

15	Pengelolaan Limbah	Input	1	Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit	SK Direktur Sesuai Kelas RS
			2	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit	Sesuai Peraturan Perundangan
		Proses	3	Pengelolaan Limbah Cair	Sesuai Peraturan Perundangan
			4	Pengelolaan Limbah Padat	Sesuai Peraturan Perundangan
		Output	5	Baku Mutu Limbah Cair	100%
16	Administrasi dan Manajemen	Input	1	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥ 90 %
			2	Peraturan Internal Rumah Sakit	Ada
			3	Peraturan Karyawan Rumah Sakit	Ada
			4	Daftar Urutan Kepangkatan	Ada
			5	Perencanaan Strategis Rumah Sakit	Ada
			6	Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit	Ada
			Proses	7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
8	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%			

			9	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala	100%
			10	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM	90%
			11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	90%
			12	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		Output	13	Cost Recovery	≥ 60 %
			14	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
			15	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun	≥60 %
			16	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif	100%
17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah	24 Jam
			2	Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah	Supir ambulans terlatih
			3	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
		Proses	4	Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit	≤ 30 menit
			5	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan	≤ 30 menit
		Output	6	Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/ Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian	100%
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥80 %
18	Perawatan Jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah	Tersedia 24 jam

			2	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah	Sesuai kelas rumah sakit
			3	Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah	Ada SK Direktur
		Proses	4	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	100%
			5	Perawatan Jenazah Sesuai Universal Precaution	100%
			6	Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah	100%
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥80 %
19	Pelayanan Laundry	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Laundry	Tersedia
			2	Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry	Ada SK Direkturp
			3	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry	Sesuai kelas rumah sakit
		Proses	4	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan	100%
			5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%
		Output	6	Ketersediaan Linen	2, 5 - 3 set x jumlah tempat tidur
			7	Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi	100%
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1	Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	SK Direktur
			2	Ketersediaan Bengkel Kerja	Tersedia
			3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80 %

			4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%
			5	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%
		Output	6	Alat Ukur dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu	100%
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1	Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
			2	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)	≥ 75 %
			3	Rencana Program PPI	Ada
		Proses	4	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%
			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%
		Output	6	Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit	75 %
22	Pelayanan Keamanan	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan	100%
			2	Sistem pengamanan	100%
		Proses	3	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%
			4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	100%
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%
		Outcome	6	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan	≥90 %

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V		
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1	Kemampuan menangani life saving	100%							
			2	Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%							
			3	Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim							
		Proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam							
			5	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang							
				6	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%						
				Output	7	Kematian pasien di IGD (≤ 8jam)	≤ 2 perseribu					
				Outcome	8	Kepuasan pasien	≥ 70 %					

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1	Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS						
			2	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter Spesialis						
			3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 – 11.00						
			4	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit						

			5	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%							
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%							
			7	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih							
		Output	8	Peresepan obat sesuai formularium	100%							
			9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%							
		Outcome	10	Kepuasan pasien	≥ 90 %							

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1	Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS						
			2	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS						
			3	Tempat tidur dengan pengaman	100%						
			4	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%						
		Proses	5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%						
			6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00						
			7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %						
			8	Kejadian infeksi nosokomial	≤9%						
			9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%						

			10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%							
			11	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%							
		Output	12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%							
			13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %							
		Outcome	14	Kepuasan pasien	≥ 90 %							

NO	JENIS	INDIKATOR	PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN	PENANGGUNG
----	-------	-----------	------------	--------------------	------------

	PELAYANAN				TAHUN KE					JAWAB	
		JENIS	URAIAN		STANDAR	AWAL	I	II	III		IV
4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	1	Ketersediaan Tim Operator	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (Beban kerja)						
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi	Sesuai dengan kelas rumah sakit						
		Proses	3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	100%						
			4	Waktu Tunggu Operasi Elektif	≤2 hari						
			5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%						
		Output	6	Tidak Adanya Kejadian Operasi	100%						

				Salah Orang								
			7	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi	100%							
			8	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi	100%							
			9	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>	100%							
			10	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤1 %							
		Outcome	11	Kepuasan Pelanggan	≥90 %							

N	JENIS	INDIKATOR	PENCAPAIAN	RENCANA PENCAPAIAN	PENANGGUNG
---	-------	-----------	------------	--------------------	------------

O	PELAYANAN			TAHUN KE					JAWAB		
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III		IV	V
5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan						
			2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Terlatih						
			3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An						
			4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%						
			5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%						
		Proses	6	Pertolongan persalinan melalui	≤ 20 %						

				seksio caesaria non rujukan								
			7	Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100%							
			8	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%							
		Output	9	Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. pre-eklamsi ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %							
		Outcome	10	Kepuasan pasien	≥ 80 %							

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN		STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V		
6	Pelayanan Intensif	Input	1	Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU								
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU								
			3	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU								
		Proses	4	Kepatuhan terhadap hygiene	100%								
			5	Kejadian infeksi nosokomial	<21 %								
			6	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%								
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %								

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
7	Pelayanan Radiologi	Input	1	Pemberi pelayanan radiologi	Dokter Spesialis Radiologi, Radiografer						
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS						
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam						
			4	Kerusakan foto	≤ 2%						
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%						
		Output	6	Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter Spesialis radiologi						
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V			
8	Pelayanan Patologi Klinik	Input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS								
			2	Fasilitan dan peralatan	Sesuai kelas RS								
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit								
			4	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan	100%								
			5	Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS	Tersedia								
			6	Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru	Tersedia								
		Output	7	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%								
			8	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%								
					9	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%						
				Outcome	10	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit						
			2	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit						
		Proses	3	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%						
		Output	4	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan	≤50 %						
		Outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
10	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik	Sesuai dengan rumah sakit						
			2	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit						
		Proses	3	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%						
		Output	4	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan	≤50 %						
		Outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
11	Pelayanan Gizi	Input	1	Pemberi Pelayanan Gizi	Sesuai kelas rumah sakit						
			2	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi	Sesuai kelas rumah sakit						
			3	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %						
			4	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%						
		Output	5	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	≤20 %						
		Outcome	6	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
12	Pelayanan Transfusi Darah	Input	1	Tenaga Penyedia Pelayanan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit	Sesuai Standar BDR						
			2	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah	Sesuai Standar BDR						
		Proses	3	Kejadian Reaksi Transfusi	≤0,01 %						
		Output	4	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan	100%						
		Outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1	Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin	Tersedia						
			2	Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin	Ada						
		Proses	3	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan	≤ 15 menit						
			4	Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin	100%						
		Output	5	Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani	100%						
		Outcome	6	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
14	Pelayanan Rekam Medik	Input	1	Pemberi Pelayanan Rekam medik	Sesuai kelas rumah sakit						
		Proses	2	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤10 menit						
			3	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤15 menit						
		Output	4	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%						
			5	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%						
		Outcome	6	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
15	Pengelolaan Limbah	Input	1	Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit	SK Direktur Sesuai Kelas RS						
			2	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit	Sesuai Peraturan Perundangan						
		Proses	3	Pengelolaan Limbah Cair	Sesuai Peraturan Perundangan						
			4	Pengelolaan Limbah Padat	Sesuai Peraturan Perundangan						
		Output	5	Baku Mutu Limbah Cair	100%						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V			
16	Administra si dan Manajemen	Input	1	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥ 90 %								
			2	Peraturan Internal Rumah Sakit	Ada								
			3	Peraturan Karyawan Rumah Sakit	Ada								
			4	Daftar Urutan Kepangkatan	Ada								
			5	Perencanaan Strategis Rumah Sakit	Ada								
			6	Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit	Ada								
		Proses	7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%								
			8	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%								
			9	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala	100%								
			10	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM	90%								

			11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	90%							
			12	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam							
		Output	13	<i>Cost Recovery</i>	≥ 60 %							
			14	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%							
			15	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun	≥60 %							
			16	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif	100%							

N O	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN		STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V		
17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah	24 Jam								
			2	Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah	Supir ambulans terlatih								
			3	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah								
		Proses	4	Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit	≤ 30 menit								
			5	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan	≤ 30 menit								
		Output	6	Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian	100%								
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥80 %								


NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
18	Perawatan Jenazah	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah	Tersedia 24 jam						
			2	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah	Sesuai kelas rumah sakit						
			3	Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah	Ada SK Direktur						
		Proses	4	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	100%						
			5	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>	100%						
			6	Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah	100%						
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥80 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
19	Pelayanan Laundry	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Laundry	Tersedia							
			2	Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry	Ada SK Direktur							
			3	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry	Sesuai kelas rumah sakit							
		Proses	4	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan	100%							
			5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%							
		Output	6	Ketersediaan Linen	2, 5 - 3 set dikali jumlah tempat tidur							
			7	Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi	100%							

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN		STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1	Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	SK Direktur							
			2	Ketersediaan Bengkel Kerja	Tersedia							
		Proses	3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80 %							
			4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%							
			5	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%							
		Output	6	Alat Ukur dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu	100%							

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1	Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %						
			2	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)	≥ 75 %						
			3	Rencana Program PPI	Ada						
		Proses	4	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%						
			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%						
		Output	6	Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit	75 %						

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		PENCAPAIAN		RENCANA PENCAPAIAN TAHUN KE					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN	STANDAR	AWAL	I	II	III	IV	V	
22	Pelayanan Keamanan	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan	100%						
			2	Sistem pengamanan	100%						
		Proses	3	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%						
			4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	100%						
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%						
		Outcome	6	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan	≥90 %						



Pj. BUPATI BANTAENG,
ANDI ABUBAKAR