WALI KOTA KENDARI

PROVINSI SULAWESI TENGGARA
PERATURAN WALI KOTA KENDARI

NOMOR 21 TAHUN 2026

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ANTERO HAMRA KOTA KENDARI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA KENDARI,

Menimbang :

a. bahwa kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara dan salah satu urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
b. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Antero Hamra Kota Kendari mempunyai peran strategis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, efisien, terjangkau, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat;
c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah ditetapkan dengan peraturan kepala daerah;
d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Antero Hamra Kota Kendari;

Mengingat :

1. Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1995 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Kendari (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 44, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3602);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7153);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ANTERO HAMRA KOTA KENDARI.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Kendari
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Kendari.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Kendari.
4. Dinas adalah Perangkat Daerah Kota Kendari yang bertanggungjawab menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Antero Hamra Kota Kendari yang selanjutnya disebut RSUD Antero Hamra Kota Kendari adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Antero Hamra Kota Kendari yang secara teknis medis bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kota Kendari dan secara teknis operasioanal bertanggung jawab kepada Wali Kota Kendari.
7. Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Antero Hamra Kota Kendari yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang menerapkan Pola pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

9. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang selanjutnya disebut PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas menerapkan praktik berupa bisnis keleluasaan yang sehat untuk untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

BAB II
PENYUSUNAN DAN PENERAPAN SPM

Pasal 2

BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari wajib menyusun SPM BLUD RSUD Antero Hamra.

Pasal 3

(1) BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari menyusun dan menerapkan SPM berdasarkan kebutuhan pemenuhan layanan dasar dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) SPM BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat sistematika sebagai berikut:
    a. bab i pendahuluan;
    b. bab ii standar pelayanan minimal;
    c. bab iii rencana pencapaian standar pelayanan minimal; dan
    d. bab iv penutup.
(3) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

BAB III
PELAKSANAAN

Pasal 4

(1) BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Wali Kota ini.
(2) Direktur BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Wali Kota ini.
(3) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh tenaga medik, paramedik dan seluruh pegawai BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV
EVALUASI DAN PELAPORAN

Bagian Kesatu
Evaluasi

Pasal 5

(1) Direktur melaksanakan evaluasi SPM BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari minimal setiap 1 (satu) bulan sekali.
(2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian indikator SPM dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
(3) Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan dan pengembangan pelayanan.
(4) Untuk melakukan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur membentuk tim penilai.
(5) Tugas tim penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yakni melakukan evaluasi menyeluruh terhadap efektivitas pelaksanaan SPM BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari.
(6) Pembentukan tim penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kedua
Pelaporan

Pasal 6

(1) Direktur BLUD RSUD Antero Hamra Kota Kendari menyusun dan menyampaikan laporan capaian SPM secara berkala.
(2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat paling sedikit:
    a. capaian indikator SPM;
    b. kendala dalam pencapaian SPM; dan
    c. upaya perbaikan yang telah dan akan dilakukan.
(3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai bahan pembinaan, pengawasan, evaluasi kinerja, dan peningkatan mutu pelayanan RSUD.
(4) Laporan capaian SPM sebagaimana dimaksud apada ayat (2) disampaikan kepada Wali Kota melalui Kepala Dinas minimal 3 (tiga) bulan dalam 1 (satu) tahun.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Kendari.

PARAF KOORDINASI		
NO	INSTANSI / UNIT KERJA	PARAF
1	Asisten Pemerintahan & Kesra	
2	Dir. RSUD Antero Hamra	
3	Kabag Hukum	
4	Kasubag Perundang-"an	

Ditetapkan di Kendari
pada tanggal 18 - 8 - 2026

WALI KOTA KENDARI,

SISKA KARINA IMRAN

Diundangkan di Kendari
pada tanggal 18 - 8 - 2026
SEKRETARIS DAERAH KOTA KENDARI,

AMIR HASAN

BERITA DAERAH KOTA KENDARI TAHUN 2026 NOMOR 21

LAMPIRAN
PERATURAN WALI KOTA KENDARI
NOMOR 21 TAHUN 2026
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ANTERO HAMRA KOTA KENDARI

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang berkaitan dengan masyarakat luas, penyedia pelayanan publik selalu dihadapkan pada berbagai norma, aturan, standar, dan ukuran yang harus dipenuhi agar pelayanan yang diberikan dapat berlangsung secara akuntabel, dapat dipertanggungjawabkan, serta memiliki kinerja yang tinggi. Hal tersebut menjadi tuntutan bagi setiap institusi pelayanan publik untuk senantiasa meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan publik yang menjadi hak dasar setiap warga negara. Pemerintah memiliki kewajiban untuk menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, terjangkau, dan dapat dipertanggungjawabkan. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, serta pelayanan gawat darurat. Rumah sakit juga merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang memiliki karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, serta kondisi sosial ekonomi masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang cepat, tepat, aman, dan berkualitas kepada masyarakat. Untuk memastikan mutu pelayanan tersebut, diperlukan adanya standar yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Standar tersebut digunakan sebagai ukuran minimal yang harus dicapai oleh setiap rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Selain memberikan pelayanan yang berkualitas, rumah sakit juga dituntut untuk memberikan pelayanan yang aman (*patient safety*) sehingga tidak terjadi tindakan yang dapat membahayakan ataupun mencederai pasien. Untuk mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan dalam pelayanan kesehatan, diperlukan suatu sistem manajemen pelayanan yang

meliputi identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko, penanganan risiko, monitoring secara berkesinambungan, serta komunikasi yang efektif.

Dalam rangka melakukan monitoring dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan, diperlukan indikator kinerja yang jelas sebagai tolok ukur serta target pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit. Indikator tersebut digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat serta sebagai dasar dalam melakukan perbaikan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

Upaya untuk meningkatkan kepuasan masyarakat serta menjamin keselamatan pasien dapat dilakukan melalui penerapan standar pelayanan minimal. Penerapan standar pelayanan minimal harus dapat dibuktikan dengan fakta yang terukur melalui indikator kinerja serta target pencapaian yang disusun, disepakati, dan ditetapkan sebagai acuan dalam menilai kinerja pelayanan rumah sakit.

Dalam rangka menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu serta meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, maka RSUD Antero Hamra Kota Kendari perlu menyusun dan mengembangkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. Penyusunan Standar Pelayanan Minimal ini juga merupakan salah satu persyaratan administrasi bagi rumah sakit yang menerapkan pola pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Standar Pelayanan Minimal merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang wajib dipenuhi oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Standar ini juga menjadi pedoman bagi manajemen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan serta sebagai alat evaluasi bagi pemerintah daerah dalam menilai kinerja pelayanan rumah sakit. Dengan adanya SPM, diharapkan setiap rumah sakit mampu memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

Penerapan Standar Pelayanan Minimal juga bertujuan untuk meningkatkan akuntabilitas dan transparansi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit. SPM menjadi dasar dalam melakukan monitoring, evaluasi, dan pengendalian mutu pelayanan sehingga pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dapat berjalan secara efektif, efisien, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Rumah Sakit sebagai bagian dari Pemerintah Daerah memiliki tanggung jawab untuk memenuhi hak konstitusional masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu. Rumah sakit tidak hanya melaksanakan pelayanan kesehatan dasar, tetapi juga memberikan pelayanan kesehatan rujukan serta pelayanan penunjang medis sesuai dengan kemampuan dan klasifikasi rumah sakit.

Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ini mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dijelaskan bahwa Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit.

Dengan adanya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, diharapkan setiap rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, terjangkau, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Oleh karena itu RSUD Antero Hamra Kota Kendari perlu menyusun dan menerapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar

Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Penyusunan dan penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit menjadi sangat penting sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas, profesional, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

B. Tujuan

Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD Antero Hamra Kota Kendari dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan dasar Pelayanan Kesehatan. Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan dasar RSUD Antero Hamra Kota Kendari kepada masyarakat.

Tujuan disusunnya Standar Pelayanan Minimal adalah sebagai berikut:

1. Pedoman bagi RSUD Antero Hamra Kota Kendari dalam penyelenggaraan layanan kesehatan kepada masyarakat.
2. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
3. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan.
4. Alat akuntabilitas RSUD Antero Hamra Kota Kendari dalam penyelenggaraan layanannya.
5. Mendorong terwujudnya checks and balance.
6. Terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan RSUD Antero Hamra Kota Kendari.

C. Pengertian

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM menjadi acuan bagi pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat. Dengan adanya SPM, diharapkan setiap penyelenggara pelayanan kesehatan dapat memenuhi standar minimal yang telah ditetapkan sehingga masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, efektif, dan bermutu sesuai dengan kebutuhan serta ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ada 2 (dua) Jenis SPM yaitu SPM Kesehatan dan SPM BLUD:

1. SPM Kesehatan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019, adalah:
   a. Standar Pelayanan Minimal, yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
   b. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.
   c. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal.

d. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai standar teknis agar hidup secara layak.
e. Urusan Pemerintahan Wajib adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua Daerah.

2. SPM BLUD, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 adalah Standar pelayanan minimal memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. SPM BLUD ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah. Sebelum ditetapkan menjadi Peraturan Kepala Daerah, SPM BLUD Rumah Sakit tersebut disusun dan ditandatangani oleh Direktur Rumah sakit untuk maju dalam tahap selanjutnya yaitu penilaian.

D. Landasan Hukum

Dasar hukum penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan:

1. Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1995 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Kendari (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 44, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3602);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Repsublik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapakali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7153);
5. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601) sebagaimana telah beberapakali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);

8. 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);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomno 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2021 Nomor 1419);
14. Peraturan Wali Kota kendari Nomor 20 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Minimal (Berita Daerah Kota Kendari Tahun Tahun 2020 Nomor 20);
15. Peraturan Wali Kota Kendari Nomor 62 Tahun 2022 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Antero Hamra Kota Kendari (Berita Daerah Kota Kendari Tahun 2022 Nomor 62).

E. Perubahan Rencana Strategis

SPM Rumah Sakit ini akan direvisi apabila terjadi perubahan terhadap peraturan perundang-undangan yang terkait dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit, kebijakan di bidang kesehatan, serta regulasi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Perubahan Rencana Strategis juga dilakukan apabila terdapat penyesuaian terhadap tugas, fungsi, tanggung jawab, dan kewenangan organisasi Rumah Sakit, termasuk perubahan struktur organisasi, pengembangan jenis layanan, peningkatan kapasitas pelayanan, serta adanya perubahan lingkungan strategis baik internal maupun eksternal.

Revisi dilakukan berdasarkan hasil evaluasi kinerja, perkembangan kebutuhan masyarakat, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta kebijakan pemerintah pusat dan daerah yang memengaruhi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Dengan demikian, Perubahan Rencana Strategis ini dimaksudkan untuk memastikan bahwa arah kebijakan, program, dan kegiatan Rumah Sakit tetap relevan, adaptif, dan selaras dengan peraturan perundang-undangan serta kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penyajian Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) UPT Puskesmas adalah sebagai berikut:

Bab I : PENDAHULUAN

Bab II : STANDAR PELAYANAN MINIMAL.

A. Jenis Pelayanan

B. Prosedur Pelayanan

C. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

D. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Bab III : RENCANA PENCAPAIAN SPM.

A. Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM

B. Strategi Pencapaian SPM

C. Rencana Anggaran Biaya

Bab IV : PENUTUP

LAMPIRAN

G. Cara Menyusun Dokumen SPM Rumah Sakit

1. Identifikasi Jenis Pelayanan yang Telah Disediakan

Rumah sakit melakukan identifikasi terhadap jenis pelayanan yang saat ini telah mampu disediakan bagi masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Jenis pelayanan tersebut meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan keperawatan, pelayanan administrasi, serta pelayanan pendukung lainnya yang menunjang penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Jenis pelayanan tersebut mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit, yaitu fungsi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan pelayanan gawat darurat, serta fungsi pendukung pelayanan lainnya.

Untuk setiap jenis pelayanan tersebut disusun Standar Pelayanan Minimal yang memuat penjelasan mengenai prosedur atau langkah-langkah pelaksanaan pelayanan, sehingga dapat menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung dalam memberikan pelayanan kepada pasien secara efektif dan sesuai standar yang berlaku.

2. Mengacu pada Peraturan Perundang-undangan

Memperhatikan Modul Penilaian dan Penetapan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sebagaimana tercantum dalam Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 981/1010/SJ dan Nomor 981/1011/SJ tanggal 6 Februari 2019, dimana Surat Edaran tersebut merupakan tindak lanjut dari Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, maka penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit perlu memperhatikan beberapa ketentuan sebagai berikut:

a. Penjelasan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit BLUD, dengan memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:
   1) Fokus pada kegiatan pelayanan, yaitu mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
   2) Terukur, yaitu kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai dan diukur sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
   3) Dapat dicapai, yaitu kegiatan yang nyata, rasional, serta dapat dihitung tingkat pencapaiannya sesuai dengan kemampuan rumah sakit dan tingkat pemanfaatan pelayanan.
   4) Relevan dan dapat diandalkan, yaitu kegiatan yang sejalan, berkaitan, serta dapat dipercaya dalam menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit BLUD.
   5) Tepat waktu atau memiliki kerangka waktu, yaitu kegiatan pelayanan yang dilaksanakan sesuai dengan jadwal atau waktu yang telah ditetapkan sehingga pelayanan dapat diberikan secara efektif dan efisien.
b. Kelengkapan jenis pelayanan harus sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang berlaku di rumah sakit, baik pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan keperawatan, maupun pelayanan administrasi dan pendukung lainnya.
c. Keterkaitan yang kuat antara SPM dengan Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan serta rencana kerja dan anggaran tahunan rumah sakit, sehingga pelaksanaan pelayanan kesehatan dapat berjalan secara terencana, terarah, dan berkesinambungan.
d. Pengesahan SPM oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah (Perkada) sebagai dasar hukum dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit BLUD.

Seluruh unsur tersebut perlu dipahami dan dilaksanakan dalam kerangka kebijakan manajemen rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Oleh karena itu, tim rumah sakit yang menyusun dan menyiapkan Rencana Strategis (Renstra) rumah sakit perlu memahami kebijakan tersebut serta mengikuti pedoman yang telah ditetapkan agar penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat berjalan secara optimal.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) BLUD, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, merupakan standar pelayanan minimal yang memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Dengan adanya SPM BLUD, penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit dapat dilaksanakan secara terarah dan terukur, sehingga kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat terus ditingkatkan serta memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

3. Rumah sakit melakukan identifikasi terhadap jenis pelayanan yang akan dikembangkan di masa mendatang sebagai upaya meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Jenis pelayanan tersebut selanjutnya dimasukkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit sebagai rencana pengembangan pelayanan dalam kurun waktu lima tahun ke depan.

4. Rumah sakit memilih jenis pelayanan yang telah diidentifikasi sebelumnya dan dapat dipastikan pelaksanaannya dengan kualitas terbaik untuk ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit BLUD. Pemilihan ini dilaksanakan dengan pendampingan dari Dinas Kesehatan setempat.
5. Rumah sakit menyusun Rancangan Peraturan Kepala Daerah (Perkada) dan mengusulkannya untuk diterbitkan sebagai Peraturan Kepala Daerah tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit BLUD. Proses ini dilaksanakan dengan pendampingan dari Dinas Kesehatan setempat.
6. Satu Peraturan Kepala Daerah (Perkada) dapat berlaku untuk satu rumah sakit BLUD atau untuk beberapa rumah sakit BLUD. Dalam Perkada tersebut diuraikan secara jelas Standar Pelayanan Minimal masing-masing rumah sakit.
7. Kepala Daerah melakukan kajian yang diperlukan sebelum menetapkan dan menerbitkan Peraturan Kepala Daerah (Perkada) tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit BLUD.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. Jenis Pelayanan

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Antero Hamra Kota Kendari meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang disediakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Antero Hamra Kota Kendari meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat
2. Rawat Jalan
3. Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah Sentral
5. Persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan patologi klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Tranfusi Darah
13. Pelayanan Pasien Keluarga Miskin
14. Pelayanan Rekam Medik
15. Pengelolaan Limbah
16. Administrasi dan manajemen
17. Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah
18. Perawatan Jenazah
19. Pelayanan Laundry
20. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

B. Prosedur Pelayanan

Prosedur pelayanan di rumah sakit disusun dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO) yang dituangkan dalam dokumen tata kelola rumah sakit dan ditetapkan oleh pimpinan atau direktur rumah sakit.

SPO merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas pelayanan di rumah sakit. Tujuan penyusunan Standar Operasional Prosedur adalah agar berbagai proses kerja rutin dapat terlaksana secara efisien, efektif, konsisten, dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan serta memenuhi standar pelayanan yang berlaku.

Manfaat SPO bagi rumah sakit antara lain untuk memenuhi persyaratan standar pelayanan rumah sakit, mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan pelayanan, serta memastikan seluruh tenaga kesehatan dan tenaga pendukung memahami tugas dan tanggung jawabnya dalam melaksanakan pekerjaan.

Selain itu, alur pelayanan di rumah sakit disusun untuk memberikan kejelasan dan kemudahan bagi pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Alur pelayanan tersebut meliputi berbagai jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit, sehingga proses pelayanan dapat berlangsung secara tertib, terarah, dan memberikan kepastian bagi pasien.

C. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit mengacu pada ketentuan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Ketentuan tersebut menjadi pedoman bagi rumah sakit dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM-RS) RSUD Antero Hamra Kota Kendari Tahun 2025 telah dilakukan evaluasi dan diperoleh hasil sebagai berikut berikut :

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TAHUN 2025	KETERANGAN
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	Tercapai
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	Tercapai
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	73,75%	Tidak Tercapai
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	Tercapai
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	2,25 Menit	Tercapai
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70%	82,5%	Tercapai
		7. Kematian pasien < 24 Jam	≤ 2 per seribu	8,875 per seribu	Tidak Tercapai
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	Sesuai	Tercapai
		2. Ketersediaan Pelayanan	Sesuai klasifikasi RS	Sesuai	Tercapai

		3. Jam buka pelayanan	08.00–12.00 (Jum'at 08.00–11.00)	Sesuai	Tercapai
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	30 Menit	Tercapai
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	100%	Tercapai
		6. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	a. ≥ 60%	100%	Tercapai (mulai TW II)
		7. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60%	100%	Tercapai (mulai TW II)
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap (a. Dr. Spesialis, b. Perawat min. D3)	a. Dr. Spesialis b. Perawat D3	Sesuai	Tercapai
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	Tercapai
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Tercapai
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 (>80%)	94,5%	Tercapai
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0%	Tercapai
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5%	0%	Tercapai
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	Tercapai
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	0%	Tercapai
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	0,1%	Tercapai
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	93,5%	Tercapai
		11. Rawat Inap TB	100%	100%	Tercapai

		12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	100%	Tercapai (mulai TW II)
		13. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	100%	Tercapai (mulai TW II)
4	Pelayanan Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	1 hari	Tercapai
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	Tercapai
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	Tercapai
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	Tercapai
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	Tercapai
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing setelah operasi	100%	100%	Tercapai
		7. Komplikasi anestesi (overdosis, reaksi, salah penempatan endotracheal tube)	≤ 6%	0%	Tercapai

5	Persalinan dan Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu (perdarahan ≤1%, pre-eklampsia ≤30%, sepsis ≤0,2%)	Perdarahan ≤1% Pre-eklampsia ≤30% Sepsis ≤0,2%	0% / 0% / 0%	Tercapai
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal (Sp.OG, Dokter terlatih, Bidan)	Dokter Sp.OG / Bidan	Dokter Sp.OG / Bidan	Tercapai
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	Tim PONEK Terlatih	Tercapai
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Sp.OG / Sp.A / Sp.An	Sp.OG / Sp.A / Sp.An	Tercapai
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500–2500 gr	100%	100%	Tercapai
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	0%	Tercapai
		7. Keluarga Berencana	100%	0%	Tidak Tercapai
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	90%	Tercapai
6	Pelayanan Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif (kasus sama < 72 jam)	≤ 3%	0%	Tercapai
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif (Sp.Anestesi + 100% Perawat D3 bersertifikat ICU)	Sp.An + Perawat D3/D4 ICU	Sesuai	Tercapai
7	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	Belum ada data	Belum Tercapai
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad	100% Sp.Rad	Tercapai
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	Belum ada pelayanan Rontgen	Tidak Tercapai
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	100%	Tercapai
8	Pelayanan Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah & darah rutin)	91,6 Menit	Tercapai

		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	Sesuai (100%)	Tercapai
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	Tercapai
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85,6%	Tercapai
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%	0%	Tercapai
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	Tercapai
		3. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	100%	Tercapai
10	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan – Obat Jadi	≤ 30 menit	≤ 30 Menit	Tercapai
		2. Waktu tunggu pelayanan – Racikan	≤ 60 menit	≤ 60 Menit	Tercapai
		3. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	Tercapai
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	95%	Tercapai
		5. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	Tercapai
11	Pelayanan Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	95%	Tercapai
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	10%	Tercapai
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	Tercapai
12	Pelayanan Tranfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100% (Agu-Des 2025)	Tercapai
		2. Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01%	0%	Tercapai
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	Ada pelayanan (mulai TW II)	Tercapai (mulai TW II)
14	Pelayanan Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	80%	Tidak Tercapai

		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	Tercapai
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	10 Menit	Tidak Tercapai (rata-rata 11,25 menit)
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	8 Menit	Tercapai
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair: BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	2,10 mg/l	Tercapai
		2. Baku mutu limbah cair: COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	8,20 mg/l	Tercapai
		3. Baku mutu limbah cair: TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	30 mg/l	Tercapai
		4. Baku mutu limbah cair: pH 6-9	pH 6 – 9	6,90	Tercapai
		5. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	Tercapai
16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	Tercapai
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Tercapai
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Tercapai
		4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	Tercapai
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	75%	Tercapai
		6. Cost recovery	≥ 40%	75%	Tercapai
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	Tercapai
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 Jam	Tercapai
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	0%	Tidak Tercapai

17	Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	24 jam	24 Jam	Tercapai
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	20 Menit	Tercapai
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	25 Menit	Tercapai
18	Perawatan Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	12,5 Menit	Tercapai
19	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	Tercapai
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	Tercapai
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	85%	Tercapai
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	Tidak konsisten (banyak bulan 0%)	Tidak Tercapai
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur terkalibrasi tepat waktu	100%	100%	Tercapai
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI terlatih 75%	85%	Tercapai
		2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60%	80%	Tercapai
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI di RS (min 1 parameter)	75%	100%	Tercapai

Berikut ini pembahasan capaian Indikator SPM tahun 2025 berdasarkan jenis pelayanan dasar:

1. Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat merupakan salah satu pelayanan prioritas yang wajib diselenggarakan oleh RSUD Antero Hamra sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Berdasarkan hasil evaluasi capaian tahun 2025, sebagian besar indikator pelayanan gawat darurat telah memenuhi standar yang ditetapkan, meskipun masih terdapat beberapa aspek yang perlu ditingkatkan.

Pelayanan gawat darurat di RSUD Antero Hamra telah berjalan dengan baik. Dari 8 indikator, 6 indikator telah tercapai (75%). Jam buka pelayanan terpenuhi 24 jam penuh, waktu tanggap dokter rata- rata 2,25 menit (standar ≤5 menit), dan kepuasan pelanggan mencapai 82,5% (melampaui standar 70%). Indikator yang belum tercapai adalah persentase tenaga bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang baru mencapai rata-rata 73,75%, serta indikator kematian pasien <24 jam yang tercatat 8,875 per seribu (melampaui batas ≤2 per seribu).Secara keseluruhan, capaian SPM Pelayanan Gawat Darurat RSUD Antero Hamra tahun 2025 dapat dikategorikan tercapai. Namun demikian, peningkatan kompetensi sumber daya manusia melalui pelatihan dan sertifikasi kegawatdaruratan masih menjadi prioritas, agar seluruh tenaga kesehatan memiliki sertifikasi sesuai standar dan mutu pelayanan dapat terus ditingkatkan secara optimal dan berkelanjutan.

2. Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu indikator penting dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit karena berhubungan langsung dengan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan spesialistik. Berdasarkan hasil evaluasi capaian tahun 2025, sebagian besar indikator pelayanan rawat jalan di RSUD Antero Hamra telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Pada aspek input, ketersediaan pelayanan telah sesuai dengan standar minimal jenis dan klasifikasi rumah sakit. Pelayanan di klinik spesialis juga telah tersedia secara optimal dengan cakupan 100% dokter spesialis, sehingga kebutuhan pelayanan pasien dapat terpenuhi. Selain itu, jam buka pelayanan rawat jalan telah berjalan sesuai standar, yaitu dimulai pukul 08.00 sampai dengan 12.00 setiap hari kerja, serta buka hingga pukul 08.00–11.00 pada hari Sabtu, sehingga akses pelayanan bagi masyarakat dapat terjamin.

Seluruh indikator SPM Rawat Jalan telah tercapai (100%). Kunjungan rawat jalan meningkat signifikan dari 8 pasien (Januari) menjadi 550 pasien (September 2025), menunjukkan pertumbuhan pemanfaatan layanan yang pesat. Waktu tunggu rata-rata 30 menit (standar ≤60 menit), kepuasan pelanggan mencapai 100%. Pelayanan TB dan pencatatan/pelaporan TB mulai optimal dari TW II.

3. Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan layanan lanjutan yang berperan penting dalam penanganan pasien yang membutuhkan perawatan intensif. Berdasarkan hasil evaluasi SPM tahun 2025, sebagian besar indikator pelayanan rawat inap di RSUD Antero Hamra telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Sebagian besar indikator rawat inap tercapai dengan baik. Angka infeksi pasca operasi dan nosokomial 0%, tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian, angka kematian >48 jam 0%, dan kepuasan pelanggan 93,5%. Visite dokter spesialis terlaksana 94,5% pada jam yang ditetapkan. Kejadian pulang paksa sangat rendah (0,1%). Semua 13 indikator tercapai.

Secara keseluruhan, pelayanan rawat inap RSUD Antero Hamra tahun 2025 dapat dikategorikan tercapai dengan baik. Ke depan, rumah sakit perlu mempertahankan capaian yang telah baik serta terus meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan, terutama dalam menjaga keselamatan pasien dan konsistensi pelaporan program penyakit menular.

4. Pelayanan Bedah Sentral

Pelayanan bedah sentral merupakan salah satu layanan penunjang utama dalam rumah sakit yang berperan penting dalam penanganan kasus-kasus yang membutuhkan tindakan operatif. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025 di RSUD Antero Hamra, secara umum capaian pelayanan bedah sentral telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Seluruh indikator SPM Bedah Sentral tercapai (100%). Waktu tunggu operasi efektif rata-rata 1 hari (standar ≤2 hari). Tidak ditemukan kejadian kematian di meja operasi, kesalahan sisi operasi, kesalahan tindakan, maupun tertinggalnya benda asing. Komplikasi anestesi 0% (standar ≤6%).

Secara keseluruhan, pelayanan bedah sentral RSUD Antero Hamra tahun 2025 dapat dikategorikan tercapai dengan sangat baik. Ke depan, rumah sakit diharapkan dapat mempertahankan capaian tersebut serta terus meningkatkan mutu pelayanan melalui penguatan sistem keselamatan pasien.

5. Persalinan dan perinatology

Pelayanan persalinan dan perinatologi merupakan layanan prioritas yang berkaitan langsung dengan keselamatan ibu dan bayi. Berdasarkan hasil evaluasi SPM tahun 2025, sebagian besar indikator pelayanan persalinan dan perinatologi di RSUD Antero Hamra telah tercapai dengan baik, meskipun masih terdapat beberapa indikator yang perlu ditingkatkan.

Aspek input, pelayanan persalinan normal telah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai standar, yaitu dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter umum, serta bidan. Pelayanan persalinan dengan penyulit telah ditangani oleh tim yang terlatih, meskipun pada awal tahun jumlah kasus yang tertangani masih terbatas. Pelayanan tindakan operatif juga telah tersedia dengan dukungan dokter spesialis terkait.

Kemampuan tenaga kesehatan dalam menangani bayi berat lahir rendah (BBLR) dan bayi dengan asfiksia telah mencapai 100%, menunjukkan kesiapan fasilitas dan kompetensi tenaga dalam menangani kasus neonatal.

Aspek proses, indikator keselamatan ibu menunjukkan hasil yang sangat baik, dimana tidak terdapat kematian ibu akibat persalinan, baik karena perdarahan, preeklamsia/eklamsia, maupun sepsis, dengan capaian 0%, jauh di bawah standar maksimal ≤ 30%. Hal ini menunjukkan kualitas pelayanan maternal yang baik.

Indikator pelayanan kontrasepsi mantap (MOW/MOP) yang dilakukan oleh tenaga kompeten serta konseling kontrasepsi mantap, capaian masih 0%, sehingga belum memenuhi standar yang ditetapkan. Hal ini menjadi salah satu aspek yang perlu mendapatkan perhatian untuk peningkatan layanan ke depan.

Aspek output, tidak terdapat kematian ibu selama periode penilaian, sehingga indikator ini telah tercapai dengan baik.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan menunjukkan tren peningkatan, dengan capaian hingga 90%, meskipun pada awal periode belum memenuhi standar. Secara keseluruhan, indikator kepuasan pelanggan dapat dikategorikan tercapai (mulai pertengahan tahun).

Pelayanan persalinan dan perinatologi RSUD Antero Hamra tahun 2025 dapat dikategorikan tercapai dengan baik, terutama dalam aspek keselamatan ibu dan bayi. Namun, peningkatan pada layanan kontrasepsi mantap dan konseling masih perlu menjadi prioritas agar seluruh indikator SPM dapat terpenuhi secara optimal.

6. Pelayanan Intensif

Pelayanan intensif merupakan layanan yang memberikan perawatan kepada pasien dengan kondisi kritis yang memerlukan pemantauan dan penanganan secara terus-menerus. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025 di RSUD Antero Hamra, capaian pelayanan intensif secara umum telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Aspek input, ketersediaan tenaga medis sebagai pemberi pelayanan telah sesuai dengan standar kelas rumah sakit dan standar ICU. Fasilitas dan peralatan ICU, termasuk tempat tidur yang dilengkapi dengan ventilator, juga telah tersedia sesuai standar. Hal ini menunjukkan kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan intensif yang optimal.

Aspek proses, indikator kepatuhan terhadap standar pelayanan menunjukkan capaian 100%, yang menandakan bahwa prosedur pelayanan telah dijalankan sesuai ketentuan. Angka kejadian infeksi nosokomial 0%, dengan standar maksimal ≤ 21%, yang menunjukkan penerapan pengendalian infeksi yang efektif di ruang intensif.

Aspek output, tidak ditemukan pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama dalam waktu ≤ 72 jam, dengan capaian 0%, lebih baik dari standar maksimal ≤ 3%. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan dan penanganan pasien di ICU sudah optimal.

Aspek outcome, indikator kepuasan pelanggan menunjukkan capaian 0% pada awal periode, dan mulai meningkat hingga mencapai 70% pada akhir tahun, sehingga secara keseluruhan indikator ini dinilai tercapai (mulai akhir tahun). Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan mutu pelayanan, khususnya dalam aspek komunikasi dan pelayanan kepada pasien serta keluarga.

Pelayanan intensif RSUD Antero Hamra tahun 2025 telah tercapai dengan baik, terutama dalam aspek keselamatan pasien dan mutu pelayanan klinis. Peningkatan kepuasan pelanggan perlu menjadi perhatian untuk peningkatan kualitas layanan ke depan.

7. Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi merupakan layanan penunjang medis yang berperan penting dalam menegakkan diagnosis dan menentukan tindakan medis yang tepat. Berdasarkan hasil evaluasi SPM tahun 2025, sebagian besar indikator pelayanan radiologi di RSUD Antero Hamra telah tercapai dengan baik.

Aspek input, pelayanan radiologi telah didukung oleh tenaga medis yang kompeten, yaitu dokter spesialis radiologi serta radiografer. Selain itu, ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi juga telah sesuai dengan standar kelas rumah sakit, sehingga mendukung pelaksanaan pelayanan yang optimal.

Aspek proses, indikator waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto menunjukkan capaian 0%, yang mengindikasikan bahwa pencatatan atau pelaporan belum optimal, sehingga indikator ini dinilai Tidak Tercapai (belum ada data capaian). Hal ini menjadi salah satu aspek yang perlu diperbaiki, terutama dalam sistem pencatatan dan pelaporan hasil pemeriksaan.

Indikator kerusakan foto radiologi menunjukkan capaian 0%, lebih baik dari standar maksimal ≤ 2%, yang menandakan kualitas hasil pemeriksaan radiologi yang baik. Selain itu, tidak terdapat kejadian kesalahan pemberian label pada hasil pemeriksaan, dengan capaian 100%, yang menunjukkan ketelitian dan keselamatan dalam pelayanan.

Aspek output, seluruh pemeriksaan radiologi telah dilakukan oleh dokter spesialis radiologi, dengan capaian 100%, sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan radiologi mencapai 100%, yang menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan telah memenuhi harapan pasien.

Pelayanan radiologi RSUD Antero Hamra tahun 2025 dapat dikategorikan tercapai dengan baik, namun masih perlu peningkatan dalam sistem pencatatan dan pelaporan, khususnya terkait waktu tunggu hasil pemeriksaan agar seluruh indikator dapat terpenuhi secara optimal.

8. Pelayanan Patologi Klinik

Pelayanan patologi klinik merupakan salah satu layanan penunjang medis yang memiliki peran penting dalam penegakan diagnosis, penentuan terapi, serta pemantauan kondisi pasien. Kualitas pelayanan laboratorium sangat berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk menyelenggarakan pelayanan patologi klinik yang cepat, tepat, akurat, dan sesuai dengan standar yang berlaku. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pelayanan patologi klinik di RSUD Antero Hamra telah memenuhi seluruh indikator yang ditetapkan.

Aspek input, seluruh indikator telah terpenuhi dengan baik. Ketersediaan tenaga pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik telah sesuai dengan kelas rumah sakit dengan capaian 100% sepanjang tahun. Selain itu, fasilitas dan peralatan laboratorium juga tersedia lengkap dan memenuhi standar sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dengan demikian, aspek input dinyatakan tercapai.

Aspek proses, seluruh indikator juga menunjukkan hasil yang optimal. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik berada dalam rentang 80 hingga 100 menit, masih di bawah standar maksimal ≤ 120 menit, sehingga dinyatakan tercapai. Tidak terdapat kejadian tertukarnya spesimen selama periode penilaian, dengan capaian 100%, menunjukkan ketelitian dan ketepatan dalam proses pemeriksaan. Selain itu, kemampuan pemeriksaan HIV/AIDS serta pemeriksaan mikroskopik TB paru telah didukung oleh ketersediaan tenaga, peralatan, dan reagen yang memadai dengan capaian 100%. Seluruh indikator pada aspek proses dinyatakan tercapai.

Aspek output, kualitas hasil pemeriksaan laboratorium juga menunjukkan hasil yang sangat baik. Ekspertise hasil pemeriksaan dilakukan oleh dokter spesialis patologi klinik dengan capaian 100%, sehingga menjamin validitas hasil pemeriksaan. Tidak terdapat kesalahan dalam pemberian hasil pemeriksaan laboratorium dengan capaian 100%, serta kesesuaian hasil pemeriksaan dengan baku mutu eksternal juga mencapai 100%. Hal ini menunjukkan bahwa sistem mutu laboratorium telah berjalan dengan optimal. Oleh karena itu, aspek output dinyatakan tercapai.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan patologi klinik berada pada kisaran 85% hingga 87%, telah melampaui standar minimal ≥ 80%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan telah memenuhi harapan pengguna layanan, baik dari segi kecepatan, ketepatan, maupun kualitas hasil pemeriksaan.

Pelayanan patologi klinik di RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan tercapai dengan sangat baik pada seluruh aspek, baik input, proses, output, maupun outcome. Kondisi ini mencerminkan kualitas pelayanan laboratorium yang optimal dan profesional. Ke depan, upaya pemeliharaan mutu serta peningkatan kualitas pelayanan perlu terus dilakukan agar dapat mempertahankan capaian yang telah baik serta menyesuaikan dengan perkembangan teknologi dan standar pelayanan kesehatan.

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

Pelayanan rehabilitasi medik merupakan bagian penting dalam upaya pemulihan kondisi pasien agar dapat kembali berfungsi secara optimal. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025 di RSUD Antero Hamra, seluruh indikator pelayanan rehabilitasi medik telah tercapai dengan baik.

Aspek input, ketersediaan tenaga pemberi pelayanan rehabilitasi medik serta fasilitas dan peralatan telah sesuai dengan standar kelas rumah sakit. Hal ini menunjukkan kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan rehabilitasi yang optimal.

Aspek proses, tidak terdapat kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik dengan capaian 100%, yang menunjukkan bahwa pelayanan telah dilakukan sesuai prosedur dan standar keselamatan pasien.

Aspek output, tidak terdapat kejadian pasien yang mengalami drop out dalam program rehabilitasi medik, dengan capaian 0%, jauh lebih baik dari standar maksimal ≤ 50%.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan mencapai 100%, melebihi standar minimal ≥ 80%, yang menunjukkan bahwa pelayanan rehabilitasi medik telah memberikan manfaat dan kepuasan bagi pasien.

Pelayanan rehabilitasi medik RSUD Antero Hamra tahun 2025 dapat dikategorikan tercapai dengan sangat baik.

10. Pelayanan Farmasi

Pelayanan farmasi merupakan salah satu unit penunjang medis yang memiliki peran strategis dan krusial dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. Instalasi Farmasi RSUD Antero Hamra Kota Kendari bertanggung jawab atas pengelolaan seluruh siklus obat, mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi, hingga pemberian obat kepada pasien secara langsung. Oleh karena itu, kualitas pelayanan farmasi berdampak langsung pada keselamatan pasien, efektivitas pengobatan, serta kepuasan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Berdasarkan hasil evaluasi capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Farmasi tahun 2025, seluruh 5 (lima) indikator yang ditetapkan telah berhasil dipenuhi dan memenuhi standar yang ditentukan, sehingga pelayanan farmasi RSUD Antero Hamra dapat dikategorikan tercapai dengan sangat baik.

Aspek input, pelayanan farmasi RSUD Antero Hamra telah ditopang oleh ketersediaan sumber daya manusia yang kompeten dan sarana prasarana yang memadai sesuai standar yang ditetapkan. Tenaga kefarmasian yang bertugas di Instalasi Farmasi telah memiliki kualifikasi pendidikan dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan, sehingga mampu menjalankan fungsi pelayanan farmasi klinik maupun pelayanan farmasi manajerial dengan baik. Selain kesiapan sumber daya manusia, aspek input yang tidak kalah penting adalah tersedianya Formularium Rumah Sakit sebagai acuan dalam penulisan dan pemberian obat kepada pasien. Formularium ini disusun berdasarkan daftar obat esensial nasional dan kebutuhan klinis rumah sakit, dan telah tersedia secara lengkap serta dapat diakses oleh seluruh tenaga medis yang berwenang menulis resep. Ketersediaan formularium yang baik ini menjadi landasan penting dalam menjamin efisiensi penggunaan obat, rasionalitas terapi, serta pengendalian biaya pelayanan kesehatan bagi pasien.

Aspek proses, terdapat dua indikator utama yang mengukur kecepatan layanan, yaitu waktu tunggu pelayanan obat jadi dan waktu tunggu pelayanan obat racikan. Indikator pertama adalah waktu tunggu pelayanan obat jadi, yang didefinisikan sebagai tenggang waktu mulai dari pasien menyerahkan resep hingga menerima obat jadi. Berdasarkan data capaian tahun 2025, waktu tunggu pelayanan obat jadi berhasil dipertahankan pada capaian ≤ 30 menit, memenuhi standar SPM yang telah ditetapkan yaitu ≤ 30 menit. Capaian ini menunjukkan bahwa proses verifikasi resep, penyiapan obat, pengecekan, dan penyerahan obat kepada pasien telah berjalan secara sistematis dan efisien. Kecepatan layanan ini merupakan cerminan dari pengelolaan alur kerja yang terstandarisasi di apotek, ketersediaan stok obat yang terjaga, serta kemampuan tenaga farmasi dalam mengelola beban kerja secara efektif sesuai volume resep yang masuk setiap harinya. Target rencana pencapaian ke depan menetapkan standar waktu tunggu obat jadi menjadi 25 menit, yang merupakan peningkatan dari capaian saat ini, menunjukkan komitmen untuk terus meningkatkan kecepatan dan mutu pelayanan.

Indikator kedua pada aspek proses adalah waktu tunggu pelayanan obat racikan. Pelayanan obat racikan membutuhkan proses yang lebih kompleks dibandingkan obat jadi, karena melibatkan tahapan penimbangan, pencampuran, pembentukan sediaan, pengemasan, dan pelabelan secara manual oleh tenaga farmasi. Oleh karena itu, standar SPM menetapkan batas waktu yang lebih longgar, yaitu ≤ 60 menit. Berdasarkan data capaian tahun 2025, waktu tunggu pelayanan obat racikan berhasil dipenuhi pada capaian ≤ 60 menit, sesuai dengan standar yang ditetapkan. Capaian ini menunjukkan bahwa proses peracikan obat di Instalasi Farmasi RSUD Antero Hamra telah dilaksanakan dengan prosedur yang tepat, cepat, dan tetap mengutamakan akurasi serta kualitas sediaan yang dihasilkan. Rencana pencapaian ke depan menargetkan pengurangan waktu tunggu obat racikan menjadi 40 menit, yang mencerminkan upaya peningkatan efisiensi proses peracikan secara berkelanjutan tanpa mengorbankan mutu dan keamanan sediaan.

Aspek output, indikator yang menjadi tolok ukur utama keselamatan pasien dalam pelayanan farmasi adalah tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat. Kesalahan pemberian obat mencakup berbagai bentuk kesalahan, antara lain: salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah pasien (salah identitas), maupun salah dalam jumlah obat yang diberikan. Seluruh bentuk kesalahan ini dapat berdampak serius terhadap keselamatan dan keselamatan jiwa pasien. Berdasarkan data capaian tahun 2025, tidak ditemukan satu pun kejadian kesalahan pemberian obat, sehingga capaian indikator ini mencapai 100%, memenuhi standar SPM yang ditetapkan sebesar 100%. Capaian sempurna ini merupakan bukti nyata bahwa sistem pengendalian mutu di Instalasi Farmasi RSUD Antero Hamra telah berjalan secara efektif. Hal ini didukung oleh penerapan prosedur verifikasi resep yang ketat, sistem double-checking sebelum obat diserahkan kepada pasien, serta kompetensi dan kecermatan tenaga farmasi dalam melaksanakan tugasnya. Keberhasilan mempertahankan zero medication error ini selaras dengan prinsip patient safety yang menjadi landasan utama penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit, dan menjadi kebanggaan serta komitmen yang harus terus dijaga dan dipertahankan pada tahun-tahun berikutnya.

Aspek penulisan resep sesuai formularium, capaian tahun 2025 menunjukkan angka 100%, yang berarti seluruh resep yang diambil sebagai sampel pemantauan telah sesuai dengan Formularium Rumah Sakit yang berlaku. Standar SPM yang ditetapkan untuk indikator ini adalah 100%, dan RSUD Antero Hamra berhasil memenuhinya secara penuh. Kepatuhan 100% dalam penulisan resep sesuai formularium ini mencerminkan kesadaran dan kedisiplinan yang tinggi dari para dokter penulis resep dalam mengacu pada daftar obat yang telah disetujui oleh Komite Farmasi dan Terapi (KFT) rumah sakit. Formularium yang digunakan di RSUD Antero Hamra disusun berdasarkan evidence-based medicine, mempertimbangkan efektivitas terapi, keamanan obat, dan efisiensi biaya.

Kepatuhan formularium yang sempurna, pengelolaan obat di rumah sakit dapat dilaksanakan secara lebih terstandarisasi, biaya pengobatan dapat dikendalikan, dan risiko penggunaan obat di luar standar terapi yang berlaku dapat diminimalkan. Indikator ini juga mencerminkan sinergi yang baik antara Instalasi Farmasi dengan tenaga medis dalam mewujudkan penggunaan obat yang rasional dan aman bagi pasien.

Aspek outcome, indikator kepuasan pelanggan menjadi parameter penting yang mengukur persepsi pasien terhadap keseluruhan pengalaman pelayanan farmasi yang diterimanya. Kepuasan pelanggan diukur melalui survei yang dilakukan secara periodik setiap bulan dan dianalisis setiap tiga bulan, dengan jumlah responden minimal 50 pasien sebagai sampel. Berdasarkan hasil survei kepuasan pelanggan tahun 2025, tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan farmasi RSUD Antero Hamra mencapai 95%, melampaui standar minimal yang ditetapkan dalam SPM sebesar ≥ 80%. Capaian kepuasan 95% ini merupakan angka yang sangat baik dan mencerminkan bahwa pasien merasakan pelayanan farmasi yang cepat, ramah, informatif, dan berkualitas. Tingginya kepuasan pelanggan ini tidak terlepas dari berbagai faktor, antara lain: ketepatan dan kecepatan penyiapan obat yang meminimalkan waktu tunggu, penjelasan yang memadai dari tenaga farmasi mengenai cara penggunaan obat, dosis, efek samping, dan hal-hal yang perlu diwaspadai selama pengobatan, serta sikap pelayanan yang sopan, santun, dan profesional. Di samping itu, ketersediaan obat yang lengkap sesuai kebutuhan pasien dan

lingkungan apotek yang bersih serta tertata dengan baik turut berkontribusi terhadap tingginya kepuasan pelanggan. Rencana pencapaian ke depan menetapkan target kepuasan pelanggan pada angka 90%, yang merupakan target moderat namun tetap menuntut konsistensi dan upaya berkelanjutan dari seluruh tenaga farmasi.

Evaluasi terhadap seluruh indikator SPM Pelayanan Farmasi RSUD Antero Hamra tahun 2025 menunjukkan hasil yang sangat memuaskan.

Lima (5) indikator pelayanan farmasi yang ditetapkan, seluruhnya berhasil mencapai standar yang ditetapkan, dengan rincian sebagai berikut: (1) waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit – Tercapai; (2) waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit – Tercapai; (3) tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat dengan capaian 100% – Tercapai; (4) kepuasan pelanggan sebesar 95%, melampaui standar ≥ 80% – Tercapai; dan (5) penulisan resep sesuai formularium dengan capaian 100% – Tercapai. Capaian 100% pada seluruh indikator ini merupakan prestasi yang patut dibanggakan dan menunjukkan komitmen yang kuat dari Instalasi Farmasi dan seluruh jajaran manajemen RSUD Antero Hamra dalam mewujudkan pelayanan farmasi yang bermutu, aman, dan berorientasi pada kepuasan serta keselamatan pasien. Ke depan, Instalasi Farmasi perlu terus mempertahankan capaian yang telah baik ini, sekaligus mendorong peningkatan berkelanjutan melalui pengembangan kompetensi tenaga farmasi, penguatan sistem informasi manajemen farmasi, optimalisasi pengelolaan stok obat, serta peningkatan layanan farmasi klinik agar peran apoteker dalam mendukung terapi pasien semakin optimal dan komprehensif.

11. Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi merupakan bagian penting dalam menunjang proses penyembuhan pasien melalui pemberian asupan nutrisi yang tepat. Berdasarkan hasil evaluasi SPM tahun 2025, pelayanan gizi di RSUD Antero Hamra telah mencapai standar yang ditetapkan.

Aspek input, pelayanan gizi telah didukung oleh tenaga yang sesuai dengan kebutuhan serta tersedianya layanan konsultasi gizi yang mengacu pada standar rumah sakit. Hal ini menunjukkan kesiapan dalam memberikan pelayanan gizi yang komprehensif.

Aspek proses, ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien mencapai ≥ 90%, dengan realisasi sekitar 95%, sehingga telah memenuhi standar. Selain itu, tidak terdapat kesalahan dalam pemberian diet kepada pasien, dengan capaian 100%.

Aspek output, sisa makanan pasien yang tidak termakan berada pada angka 10%, jauh di bawah standar maksimal ≤ 20%, yang menunjukkan kualitas pelayanan gizi yang baik.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan mencapai 95%, melebihi standar minimal ≥ 80%, yang menunjukkan bahwa pelayanan gizi telah memberikan kepuasan kepada pasien.

Pelayanan gizi RSUD Antero Hamra tahun 2025 dapat dikategorikan tercapai dengan baik.

12. Pelayanan Tranfusi Darah

Pelayanan transfusi darah merupakan layanan penunjang yang berperan penting dalam penanganan pasien yang membutuhkan transfusi. Berdasarkan hasil evaluasi SPM tahun 2025, pelayanan transfusi darah di RSUD Antero Hamra belum dapat dilaksanakan secara optimal.

Pada aspek input, ketersediaan tenaga pelayanan bank darah rumah sakit (BDRS) serta fasilitas dan peralatan belum tersedia sesuai standar, dengan capaian 0%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan transfusi darah belum berjalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pada aspek proses, tidak terdapat kejadian reaksi transfusi, namun hal ini lebih disebabkan karena layanan belum berjalan secara optimal.

Aspek output, pelaksanaan pemeriksaan kebutuhan darah bagi setiap pasien belum terlaksana, dengan capaian 0%.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan juga belum dapat diukur, dengan capaian 0%, karena layanan belum berjalan. Secara keseluruhan, pelayanan transfusi darah RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan Tidak Tercapai. Oleh karena itu, diperlukan upaya peningkatan melalui penyediaan sumber daya manusia, fasilitas, serta pembentukan unit Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) sesuai standar agar pelayanan dapat berjalan secara optimal di masa mendatang.

13. Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Pelayanan pasien keluarga miskin merupakan salah satu bentuk komitmen RSUD Antero Hamra dalam menjamin akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh lapisan masyarakat. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, capaian pelayanan pasien keluarga miskin menunjukkan hasil yang cukup baik, meskipun masih terdapat beberapa indikator yang perlu ditingkatkan.

Aspek input, ketersediaan pelayanan bagi pasien keluarga miskin belum sepenuhnya terpenuhi di awal periode, dengan capaian yang masih 0% pada beberapa bulan. Namun demikian, pada periode selanjutnya pelayanan mulai tersedia, meskipun secara keseluruhan masih dinyatakan Tidak Tercapai, karena pelayanan belum tersedia secara konsisten sepanjang tahun. Sementara itu, kebijakan rumah sakit terkait pelayanan bagi keluarga miskin telah tersedia dan diterapkan, sehingga indikator ini dinyatakan tercapai.

Aspek proses, waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin ditetapkan ≤ 15 menit. Namun, realisasi di lapangan masih berada pada kisaran 30 menit, sehingga indikator ini dinyatakan Tidak Tercapai karena belum memenuhi standar waktu yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan efisiensi dalam proses administrasi pelayanan.

Aspek output, indikator tidak adanya biaya tambahan yang dibebankan kepada pasien keluarga miskin telah tercapai dengan capaian 100%, sesuai dengan standar. Selain itu, seluruh pasien keluarga miskin yang dilayani juga tidak dikenakan uang jaminan, dengan capaian 100%, yang menunjukkan komitmen rumah sakit dalam memberikan pelayanan tanpa hambatan biaya bagi masyarakat kurang mampu. Pada aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan mencapai 100%, melebihi standar minimal ≥ 80%, yang menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan telah memenuhi harapan pasien.

Pelayanan pasien keluarga miskin RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan tercapai sebagian, dengan catatan masih perlu perbaikan pada aspek ketersediaan layanan secara konsisten dan percepatan waktu verifikasi kepesertaan pasien.

14. Pelayanan Rekam Medik

Pelayanan rekam medik merupakan bagian penting dalam mendukung tertib administrasi serta kesinambungan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Berdasarkan hasil evaluasi SPM tahun 2025, pelayanan rekam medik di RSUD Antero Hamra menunjukkan capaian yang cukup baik, meskipun masih terdapat beberapa indikator yang belum memenuhi standar.

Aspek input, ketersediaan tenaga pemberi pelayanan rekam medik telah sesuai dengan persyaratan, dengan capaian rata-rata sekitar 85% hingga 90%, meskipun belum mencapai standar 100%. Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan peningkatan jumlah atau kompetensi tenaga rekam medik.

Aspek proses, waktu penyediaan dokumen rekam medik untuk pelayanan rawat jalan telah memenuhi standar ≤ 10 menit, dengan realisasi sekitar 8–10 menit, sehingga indikator ini dinyatakan tercapai. Demikian pula waktu penyediaan dokumen rekam medik untuk pelayanan rawat inap telah memenuhi standar ≤ 15 menit, dengan realisasi sekitar 10–14 menit, sehingga indikator ini juga tercapai.

Aspek output, kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah pelayanan menunjukkan capaian sekitar 75% hingga 80%, yang masih berada di bawah standar 100%, sehingga indikator ini dinyatakan Tidak Tercapai. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan kepatuhan tenaga kesehatan dalam melengkapi rekam medik secara tepat waktu. Sementara itu, kelengkapan *informed consent* setelah pasien mendapatkan informasi yang jelas telah mencapai 100%, sehingga indikator ini dinyatakan tercapai.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan mencapai 100%, melebihi standar minimal ≥ 80%, yang menunjukkan bahwa pelayanan rekam medik telah memberikan kepuasan kepada pengguna layanan. Secara keseluruhan, pelayanan rekam medik RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan tercapai dengan catatan, dimana masih diperlukan peningkatan pada kelengkapan pengisian rekam medik dan pemenuhan tenaga sesuai standar agar seluruh indikator dapat tercapai secara optimal.

15. Pengelolaan Limbah

Pengelolaan limbah rumah sakit merupakan salah satu aspek penting dalam menjaga keselamatan lingkungan, pasien, petugas, serta masyarakat sekitar. RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk melaksanakan pengelolaan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pengelolaan limbah di RSUD Antero Hamra secara umum telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Aspek input, keberadaan penanggung jawab pengelola limbah telah tersedia dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur sesuai dengan klasifikasi rumah sakit, mengacu pada ketentuan yang berlaku. Hal ini menunjukkan adanya struktur organisasi yang jelas dalam pengelolaan limbah. Selain itu, ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah, baik limbah padat maupun cair, telah memenuhi persyaratan sesuai peraturan perundang-undangan. Dengan demikian, aspek input dalam pengelolaan limbah dinyatakan tercapai.

Aspek proses, pengelolaan limbah cair maupun limbah padat telah dilaksanakan sesuai dengan standar dan ketentuan yang berlaku. Seluruh proses pengelolaan limbah dilakukan secara sistematis dan terkontrol, mulai dari pemilahan, pengumpulan, penyimpanan, hingga pengolahan dan pembuangan akhir. Hal ini menunjukkan bahwa mekanisme pengelolaan limbah di RSUD Antero Hamra telah berjalan dengan baik, sehingga indikator pada aspek proses dinyatakan tercapai.

Aspek output, hasil uji baku mutu limbah cair menunjukkan bahwa seluruh parameter telah memenuhi standar yang ditetapkan. Nilai BOD tercatat sebesar 2,10 mg/l, jauh di bawah ambang batas < 30 mg/l. Nilai COD sebesar 8,2 mg/l, lebih rendah dari standar < 80 mg/l. Nilai TSS berada pada 30 mg/l, sesuai dengan batas maksimal yang diperkenankan, serta nilai pH sebesar 6,9 masih berada dalam rentang standar 6–9. Hasil ini menunjukkan bahwa kualitas limbah cair yang dihasilkan telah memenuhi baku mutu lingkungan, sehingga indikator output dinyatakan tercapai.

Pengelolaan limbah di RSUD Antero Hamra tahun 2025 telah tercapai dengan baik, baik dari aspek ketersediaan sumber daya, pelaksanaan proses, maupun hasil pengolahan limbah. Kondisi ini mencerminkan komitmen rumah sakit dalam menjaga kelestarian lingkungan serta memenuhi standar keselamatan dan kesehatan kerja. Ke depan, upaya pemeliharaan dan peningkatan kualitas pengelolaan limbah perlu terus dilakukan agar tetap sesuai dengan perkembangan regulasi dan standar yang berlaku.

16. Administrasi dan Manajemen

Administrasi dan manajemen rumah sakit merupakan unsur penting dalam mendukung kelancaran penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan akuntabel. RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk menerapkan tata kelola rumah sakit yang baik (good governance) sesuai dengan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pelaksanaan administrasi dan manajemen secara umum telah berjalan dengan baik.

Aspek input, seluruh indikator telah terpenuhi sesuai dengan standar yang ditetapkan. Kelengkapan pengisian jabatan telah mencapai 100%, melampaui standar minimal ≥ 90%. Selain itu, dokumen pendukung administrasi seperti peraturan internal rumah sakit, peraturan karyawan, daftar urutan kepangkatan, perencanaan strategis bisnis, serta perencanaan pengembangan sumber daya manusia telah tersedia secara lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa struktur organisasi dan dokumen manajerial telah disusun dengan baik, sehingga aspek input dinyatakan tercapai.

Aspek proses, sebagian besar indikator menunjukkan capaian yang optimal. Tindak lanjut hasil pertemuan direksi, ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat, serta pengurusan kenaikan gaji berkala seluruhnya mencapai 100%, sesuai dengan standar. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM mencapai 95%, melampaui standar minimal ≥ 90%. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan dan kelengkapan pelaporan akuntabilitas juga telah mencapai 100%. Selain itu, kecepatan pemberian informasi tagihan pasien rawat inap tercatat rata-rata 1 jam, lebih cepat dari standar ≤ 2 jam, serta capaian cost recovery sebesar 75%, melampaui standar minimal ≥ 60%. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per tahun juga mencapai 75%, di atas standar minimal ≥ 60%.

Terdapat satu indikator yang tidak tercapai, yaitu ketepatan waktu pemberian insentif yang masih berada pada 0% dari standar 100%. Hal ini menunjukkan perlunya perbaikan dalam sistem pengelolaan insentif agar dapat diberikan tepat waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pelaksanaan administrasi dan manajemen di RSUD Antero Hamra Kota Kendari tahun 2025 dinyatakan tercapai dengan baik, meskipun masih terdapat aspek yang perlu ditingkatkan, khususnya dalam ketepatan waktu pemberian insentif. Ke depan, diperlukan upaya perbaikan dan penguatan sistem manajemen keuangan dan administrasi agar seluruh indikator dapat tercapai secara optimal.

17. Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah

Pelayanan ambulans dan mobil jenazah merupakan bagian penting dalam menunjang pelayanan kesehatan, khususnya dalam kondisi kegawatdaruratan serta pelayanan rujukan. RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk menyediakan pelayanan ambulans dan mobil jenazah yang cepat, aman, dan sesuai standar guna menjamin keselamatan pasien dan masyarakat. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pelayanan ambulans dan mobil jenazah telah berjalan dengan baik dan memenuhi standar yang ditetapkan.

Aspek input, seluruh indikator telah terpenuhi dengan baik. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah telah dilaksanakan selama 24 jam, sesuai dengan standar pelayanan. Selain itu, tenaga pengemudi ambulans telah memiliki kompetensi dan keterampilan yang memadai, ditunjukkan dengan status terlatih pada seluruh periode penilaian. Ketersediaan sarana kendaraan juga telah memenuhi ketentuan, dimana mobil ambulans dan mobil jenazah tersedia secara terpisah sesuai dengan standar. Dengan demikian, aspek input dinyatakan tercapai.

Aspek proses, kecepatan pelayanan ambulans dan mobil jenazah menunjukkan kinerja yang baik. Waktu pelayanan ambulans di lingkungan rumah sakit tercatat berkisar antara 15–20 menit, lebih cepat dari standar maksimal ≤ 30 menit. Demikian pula waktu tanggap pelayanan ambulans berada pada rentang 15–25 menit, masih dalam batas standar yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa sistem pelayanan ambulans telah berjalan responsif dan efektif, sehingga aspek proses dinyatakan tercapai.

Aspek output, indikator keselamatan pelayanan menunjukkan hasil yang sangat baik. Selama periode penilaian, tidak terdapat kejadian kecelakaan ambulans maupun mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian, dengan capaian 100%. Hal ini mencerminkan tingkat keamanan dan kehati-hatian dalam operasional pelayanan.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan ambulans dan mobil jenazah menunjukkan hasil yang memuaskan, dengan capaian berkisar antara 85% hingga 90%, melampaui standar minimal ≥ 80%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan telah memenuhi harapan pengguna layanan. Secara keseluruhan, pelayanan ambulans dan mobil jenazah di RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan tercapai dengan baik pada seluruh aspek, baik input, proses, output, maupun outcome. Ke depan, upaya pemeliharaan kualitas pelayanan perlu terus dilakukan untuk mempertahankan kinerja yang telah dicapai serta meningkatkan kepuasan masyarakat.

18. Perawatan Jenazah

Pelayanan perawatan jenazah merupakan bagian penting dalam pelayanan rumah sakit yang harus dilaksanakan secara profesional, cepat, dan sesuai dengan standar keselamatan serta etika pelayanan. RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah yang bermutu, aman, dan menghormati nilai-nilai kemanusiaan. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pelayanan perawatan jenazah telah berjalan dengan baik dan memenuhi standar yang ditetapkan.

Aspek input, seluruh indikator telah terpenuhi dengan baik. Ketersediaan pelayanan perawatan jenazah dilaksanakan selama 24 jam, sehingga mampu memberikan pelayanan setiap saat sesuai kebutuhan. Selain itu, fasilitas dan peralatan kamar jenazah telah tersedia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah juga telah ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur, sehingga terdapat kejelasan tanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan. Dengan demikian, aspek input dinyatakan tercapai.

Aspek proses, pelayanan perawatan jenazah menunjukkan kinerja yang optimal. Waktu tanggap pelayanan setelah jenazah tiba di kamar jenazah berada pada kisaran 10–15 menit, sesuai dengan standar maksimal ≤ 15 menit. Pelaksanaan perawatan jenazah juga telah dilakukan sesuai dengan prinsip universal precaution dengan capaian 100%, serta tidak terdapat kesalahan identifikasi jenazah dengan capaian 100%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan telah dilaksanakan dengan cepat, tepat, dan aman, sehingga aspek proses dinyatakan tercapai.

Aspek outcome, tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah berada pada kisaran 85% hingga 90%, dengan rata-rata sekitar 89%, melampaui standar minimal ≥ 80%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan telah memenuhi harapan keluarga pasien.

Pelayanan perawatan jenazah di RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan tercapai dengan baik pada seluruh aspek. Ke depan, peningkatan kualitas pelayanan tetap perlu dilakukan secara berkelanjutan untuk menjaga kepuasan pelanggan dan mutu pelayanan.

19. Pelayanan Laundry

Pelayanan laundry rumah sakit memiliki peran penting dalam menjaga kebersihan, kenyamanan, dan pencegahan infeksi di lingkungan rumah sakit. Pengelolaan linen yang baik akan mendukung keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan. RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk melaksanakan pelayanan laundry sesuai dengan standar yang berlaku. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pelayanan laundry telah berjalan dengan optimal.

Aspek input, seluruh indikator telah terpenuhi dengan baik. Ketersediaan pelayanan laundry telah tersedia secara berkelanjutan, didukung oleh adanya penanggung jawab yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur. Selain itu, fasilitas dan peralatan pelayanan laundry juga telah tersedia dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa sistem pendukung pelayanan laundry telah memadai, sehingga aspek input dinyatakan tercapai.

Aspek proses, kinerja pelayanan laundry menunjukkan hasil yang sangat baik. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan mencapai 100%, sesuai dengan standar yang ditetapkan. Pengelolaan linen infeksius juga dilakukan dengan tepat dan aman dengan capaian 100%, sehingga mendukung upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Dengan demikian, aspek proses dinyatakan tercapai.

Aspek output, ketersediaan linen telah memenuhi standar, yaitu sebesar 2,5–3 set per tempat tidur, dengan capaian 100%. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi juga mencapai 100%, sehingga mampu mendukung kelancaran pelayanan medis dan tindakan operatif. Hal ini menunjukkan bahwa hasil pelayanan laundry telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Pelayanan laundry di RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan tercapai dengan baik pada seluruh aspek. Upaya pemeliharaan kualitas pelayanan perlu terus dilakukan untuk menjaga standar kebersihan dan keselamatan pasien.

20. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Pemeliharaan sarana rumah sakit merupakan faktor penting dalam menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan yang aman, efektif, dan berkualitas. Sarana dan peralatan yang terpelihara dengan baik akan mendukung keselamatan pasien serta meningkatkan efisiensi pelayanan. RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk melaksanakan pemeliharaan sarana sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pelaksanaan pemeliharaan sarana menunjukkan hasil yang cukup baik, meskipun masih terdapat beberapa indikator yang perlu ditingkatkan.

Aspek input, seluruh indikator telah terpenuhi. Penanggung jawab pemeliharaan sarana telah ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur, serta ketersediaan bengkel kerja sebagai sarana pendukung pemeliharaan juga telah tersedia. Hal ini menunjukkan bahwa sistem pengelolaan pemeliharaan sarana telah memiliki dasar yang jelas, sehingga aspek input dinyatakan tercapai.

Aspek proses, terdapat variasi capaian pada indikator yang diukur. Waktu tanggap terhadap kerusakan alat mencapai 85%, melampaui standar minimal ≥ 80%, sehingga indikator ini dinyatakan tercapai. Namun, ketepatan waktu pemeliharaan alat tidak tercapai secara optimal, dengan capaian yang tidak konsisten dan terdapat beberapa bulan dengan nilai 0%. Ketepatan waktu kalibrasi alat belum sepenuhnya terpenuhi, dimana pada beberapa periode awal belum dilakukan, meskipun pada periode berikutnya telah mencapai 100%. Kondisi ini menunjukkan bahwa masih diperlukan peningkatan dalam sistem penjadwalan dan pelaksanaan pemeliharaan serta kalibrasi alat.

Aspek output, indikator alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu telah mencapai 100%, sesuai dengan standar yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa pada akhirnya pelaksanaan kalibrasi dapat dipenuhi, meskipun belum konsisten sepanjang tahun.

Pemeliharaan sarana di RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan cukup tercapai, namun masih memerlukan perbaikan terutama dalam konsistensi pelaksanaan pemeliharaan dan kalibrasi alat. Ke depan, diperlukan penguatan sistem monitoring, penjadwalan, serta pengawasan agar seluruh indikator dapat tercapai secara optimal dan berkelanjutan.

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan bagian penting dalam menjamin keselamatan pasien, petugas, serta pengunjung di lingkungan rumah sakit. Penerapan program PPI yang efektif akan mampu menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan serta meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. RSUD Antero Hamra berkomitmen untuk melaksanakan program PPI secara optimal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, pelaksanaan PPI menunjukkan hasil yang cukup baik, meskipun masih terdapat beberapa indikator yang perlu ditingkatkan.

Aspek input, seluruh indikator telah terpenuhi dengan baik. Ketersediaan anggota Tim PPI yang terlatih telah mencapai kisaran 80% hingga 90%, melampaui standar minimal ≥ 75%, sehingga dinyatakan tercapai. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi/departemen juga telah mencapai 80%, melebihi standar minimal ≥ 60%, sehingga dinyatakan tercapai. Selain itu, rencana program PPI telah tersedia dan disusun dengan baik sepanjang tahun. Dengan demikian, aspek input secara keseluruhan dinyatakan tercapai.

Aspek proses, masih terdapat indikator yang belum mencapai standar. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana hanya mencapai sekitar 80%, belum memenuhi standar 100%, sehingga dinyatakan Tidak Tercapai. Demikian pula, penggunaan APD oleh petugas saat melaksanakan tugas belum mencapai target 100%, dengan capaian berkisar antara 87% hingga 93%. Hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan petugas terhadap penggunaan APD masih perlu ditingkatkan melalui pengawasan dan pembinaan yang lebih intensif. Oleh karena itu, aspek proses secara umum dinyatakan Tidak Tercapai. Pada aspek output, pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit telah dilaksanakan dengan sangat baik, dengan capaian 100%, melampaui standar minimal ≥ 75%. Hal ini menunjukkan bahwa sistem pelaporan telah berjalan secara optimal dan mendukung monitoring kejadian infeksi di rumah sakit.

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSUD Antero Hamra tahun 2025 dinyatakan cukup tercapai, dengan aspek input dan output telah memenuhi standar, namun aspek proses masih memerlukan peningkatan. Ke depan, diperlukan upaya peningkatan kepatuhan petugas terhadap penggunaan APD serta penguatan pelaksanaan program sesuai rencana melalui monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan, guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit merupakan panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Pemenuhan indikator tersebut dilaksanakan oleh rumah sakit dengan dukungan dan pembinaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selain itu, terdapat beberapa indikator SPM yang dapat dijadikan contoh dalam penerapan SPM Rumah Sakit BLUD di daerah sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat.

1. Pelayanan gawat darurat

a. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Pemberi Pelayanan Gawat Darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS / PPGD / GELS / ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulanagan Bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

e. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejakkedatanagan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani Dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (*minimal n = 50*)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

f. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan Pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang 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 (*minimal n = 50*)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

g. Kematian Pasien <24 Jam

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien Datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

h. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidaklagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat Ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Rawat Jalan

a. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit 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

c. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang Disurvey
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

d. Jam Buka Pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali 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

e. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (*minimal n = 50*)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

f. Pasien Rawat Jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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

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

3. Rawat Inap

a. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

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

b. Dokter Penanggung Jawab Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, 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

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baringdi 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

d. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian Pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiaphari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00

Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

e. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnyananah (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

f. Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialamioleh 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

g. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, 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

h. Kematian Pasien >48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24 %≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

i. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain 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

j. Kepuasan pelanggan Rawat inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvey (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

k. Rawat Inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

l. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
efinisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

m. Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan Efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluru pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

n. Kejadian (re-admision pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 Bulan

Judul	Kejadian (*re-admision*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi tehnis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 Bulan
Denominator	Jumlah seluru pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

o. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan Jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan

Numerator	Jumlah rerata perawtan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

4. Pelayanan Bedah Sentral

a. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu Bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

b. Kejadian Kematian dimeja Operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien

Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite Medis

c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau Sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu Bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite Medis

d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah Orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite Medis

e. Tidak adanya kejadian salah Tindakan pada operasi

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing 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

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

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami 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

5. Persalinan dan perinatology

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, preeklamsia,eklampsia,

	partus lama dan sepsis Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan clampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah kondisi persalinan yang berlangsung lebih lama dari waktu normal (umumnya lebih dari 24 jam pada kehamilan pertama dan lebih dari 18 jam pada kehamilan berikutnya)
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

b. Pemberi Pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

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

d. Pemberi pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis Anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

e. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang Ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/Komite mutu

f. Pertolongan persalinan melalui seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio Cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 100%
Penanggung jawab	Komite mutu

g. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

h. Konseling KB Mantap

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

i. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n = minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

6. Pelayanan Intensif
   a. Rata-Rata Pasien yang Kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 Jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan Intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

   b. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

7. Pelayanan radiologi

a. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

c. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen

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

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan 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

8. Pelayanan patologi klinik

a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium 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

c. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

d. Kepuasan Pelanggan

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

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

a. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
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

c. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
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 Persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

10. Pelayanan Farmasi

a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

d. Kepuasan Pelanggan

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

e. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi 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

11. Pelayanan Gizi

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang Disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu Bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian Diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu Bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Pelayanan Transfusi Darah

a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

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

b. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

13. Pelayanan GAKIN

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

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
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

14. Pelayanan Rekam Medik

a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
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 disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

b. Kelengkapan infomed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent 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 disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam 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 (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
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

15. Pengelolaan Limbah

a. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: - BOD (Biological Oxygen Demand): 30 mg/liter - COD (Chemical Oxygen Demand): 80 mg/liter - TSS (Total Suspended Solid) 30mg/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

b. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

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

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

16. Administrasi dan Manajemen

a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.

Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator- indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu Tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang scharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

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

e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

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

f. Cost Recorvery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu Bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

g. Ketepatan waktu penyususnan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
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

17. Pelayanan Ambulance dan Jenazah

a. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/ keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance/kereta Jenazah

b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
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 satubulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta Jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta Jenazah

c. Response time pelayanan ambulance oleh Masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Keselamatan, Fokus pada pasien, efesiensi dan Ketepatan waktu
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan ambulans yang cepat,responsif dan tanggap darurat demi menurunkan angka kecatatan (Morbidity) dan kematian (*Mortality*) pasien di masyarakat
Definisi operasional	Total Waktu yang di Butuhkan sejak operator menerima panggilan darurat dari Masyarakat yang membutuhkan, hingga armada ambulans tiba di lokasi kejadian (tempat pasien berada).
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan
Periode analisis	3 Bulan
Numerator	Jumlah panggilan ambulans yang dilayani dengan waktu tanggap ≤ 15 menit (sesuai standar) dalam satu bulan.
Denominator	Total seluruh panggilan ambulans yang masuk dan dilayani dalam bulan yang sama (tidak termasuk panggilan palsu/hoaks).
Sumber data	Lembar catatan perjalanan ambulans (*Ambulance Dispatch Log*).
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggungjawab Kepala Instalasi Gawat Darurat (IGD) / Koordinator Ambulans

18. Perawatan Jenazah

a. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

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

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukka 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

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

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

20. Pelayanan Laundry

a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

21. Pencegahan Pengendalian Infeksi

a. Tim Pencegahan Pengendalian

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

b. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
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

c. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

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

D. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

No	SPM	Indikator Sasaran	No	Indikator Program	No	Indikator Kegiatan
1	Pelayanan Gawat Darurat	Respon time pelayanan IGD	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa (100%)	1	Persentase kemampuan life saving 100%
			2	Jam buka pelayanan gawat darurat (24 jam)	2	Ketersediaan pelayanan IGD 24 jam
			3	Tenaga bersertifikat (BLS/PPGD/GELS/ALS) 100%	3	Persentase tenaga bersertifikat
			4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana (1 tim)	4	Pembentukan tim bencana
			5	Waktu tanggap dokter ≤ 5 menit	5	Persentase respon time ≤ 5 menit
			6	Kepuasan pelanggan ≥ 70%	6	Hasil survei kepuasan pasien
			7	Kematian pasien ≤ 24 jam ≤ 2‰	7	Persentase kematian ≤ 24 jam
			8	Tanpa uang muka (100%)	8	Tidak ada pasien diminta uang muka
2	Pelayanan Rawat Jalan	Mutu pelayanan rawat Jalan	9	Dokter spesialis tersedia (100%)	9	Persentase dokter spesialis
			10	Ketersediaan pelayanan sesuai klasifikasi RS	10	Jenis layanan tersedia sesuai standar
			11	Jam buka pelayanan	11	Pelayanan 08.00–12.00 (hari kerja)
			12	Waktu tunggu ≤ 60 menit	12	Persentase waktu tunggu ≤ 60 menit
			13	Kepuasan pelanggan ≥ 90%	13	Hasil survei kepuasan pasien
			14	Penegakan diagnosis TB (mikroskopis) ≥ 60%	14	Persentase diagnosis TB
			15	Pencatatan & pelaporan TB ≤ 60%	15	Kelengkapan laporan TB

3	Pelayanan Rawat Inap	Pelayanan pasien rawat inap sesuai standar	1	Pemberi pelayanan di rawat inap (dr. spesialis & perawat D3) 100%	1	Persentase tenaga sesuai standar
			2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap Tersedia	2	Ketersediaan DPJP
			3	Ketersediaan pelayanan sesuai jenis dan kelas RS	3	Kesesuaian layanan dengan kelas RS
			4	Jam visite dokter spesialis (08.00–14.00)	4	Kepatuhan jam visite
			5	Kejadian infeksi pasca operasi ≤ 1,5%	5	Persentase infeksi pasca Operasi
			6	Kejadian infeksi nosokomial ≤ 1,5%	6	Persentase infeksi nosokomial
			7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian (100%)	7	Insiden pasien jatuh
			8	Kematian pasien ≤ 48 jam ≤ 0,24%	8	Persentase kematian ≤ 48 jam
			9	Kejadian pulang paksa ≤ 5%	9	Persentase pulang paksa
			10	Kepuasan pelanggan ≥ 90%	10	Hasil survei kepuasan pasien
			11	Pelayanan rawat inap TB 100%	11	Cakupan pelayanan TB
			12	Penegakan diagnosis TB melalui mikroskopis ≥ 60%	12	Persentase diagnosis TB mikroskopis
			13	Pencatatan dan pelaporan TB ≥ 60%	13	Kelengkapan laporan TB
4	Pelayanan Bedah Sentral	Pelayanan tindakan operasi sesuai standar	1	Waktu tunggu operasi efektif ≤ 2 hari	1	Persentase waktu tunggu operasi ≤ 2 hari
			2	Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1%	2	Persentase kematian di meja operasi
			3	Tidak ada kejadian operasi salah sisi (100%)	3	Insiden operasi salah sisi
			4	Tidak ada kejadian operasi salah orang (100%)	4	Insiden operasi salah pasien

			5	Tidak ada kejadian salah tindakan operasi (100%)	5	Insiden salah tindakan operasi
			6	Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien (100%)	6	Insiden benda asing tertinggal
			7	Komplikasi anestesi (overdosis, reaksi, salah penempatan ETT) ≤ 6%	7	Persentase komplikasi anestesi
5	Persalinan dan Perinatologi	Pelayanan persalinan dan bayi baru lahir sesuai standar	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan (Perdarahan ≤ 1%, Pre-eklampsia ≤ 3%, Sepsis ≤ 0,2%)	1	Persentase penyebab kematian ibu
			2	Pemberi pelayanan persalinan normal (dr. Sp.OG, dr umum terlatih APN, bidan)	2	Ketersediaan tenaga persalinan normal
			3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEK terlatih)	3	Ketersediaan tim PONEK
			4	Pemberi pelayanan tindakan operasi (dr. Sp.OG, dr. Sp.A, dr. Sp.An)	4	Ketersediaan tim operasi persalinan
			5	Kemampuan menangani BBLR 1500–2500 gram (100%)	5	Cakupan penanganan BBLR
			6	Persalinan melalui seksio sesarea ≤ 20%	6	Persentase tindakan SC
			7	Pelayanan Keluarga Berencana (100%)	7	Cakupan pelayanan KB
				Persentase KB mantap (vasektomi/tubektomi) oleh tenaga kompeten		Pelaksanaan KB mantap
				Persentase peserta KB mantap mendapat konseling		Konseling KB mantap
			8	Kepuasan pelanggan ≥ 80%	8	Hasil survei kepuasan pasien
6	Pelayanan Intensif	Pelayanan pasien intensif sesuai standar	1	Rata-rata pasien kembali ke ICU ≤ 72 jam ≤ 3%	1	Persentase pasien readmisi ICU
			2	Pemberi pelayanan ICU (dr. Sp.Anestesi & spesialis sesuai kasus)	2	Ketersediaan dokter spesialis
				Perawat minimal D3 bersertifikat ICU ≥ 100%		Persentase perawat tersertifikasi ICU

7	Pelayanan Radiologi	Pelayanan radiologi sesuai standar	1	Waktu tunggu hasil thorax foto ≤ 3 jam	1	Persentase ketepatan waktu hasil
			2	Pelaksana ekspertisi oleh dr. Sp.Rad	2	Ketersediaan dokter radiologi
			3	Kegagalan pelayanan rontgen (kerusakan foto ≤ 2%)	3	Persentase kegagalan foto
			4	Kepuasan pelanggan ≥ 80%	4	Hasil survei kepuasan
8	Pelayanan Patologi Klinik	Pelayanan laboratorium sesuai standar	1	Waktu tunggu hasil lab ≤ 140 menit (kimia darah & darah rutin)	1	Persentase ketepatan waktu hasil
			2	Pelaksana ekspertisi oleh dr. Sp.PK	2	Ketersediaan dokter patologi klinik
			3	Tidak ada kesalahan hasil pemeriksaan (100%)	3	Akurasi hasil laboratorium
			4	Kepuasan pelanggan ≥ 80%	4	Hasil survei kepuasan
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Pelayanan rehabilitasi sesuai standar	1	Drop out pasien ≤ 50%	1	Persentase pasien drop out
			2	Tidak ada kesalahan tindakan (100%)	2	Insiden kesalahan tindakan
			3	Kepuasan pelanggan ≥ 80%	3	Hasil survei kepuasan
10	Pelayanan Farmasi	Pelayanan kefarmasian sesuai standar	1	Waktu tunggu pelayanan obat (obat jadi & racikan)	1	Persentase ketepatan waktu pelayanan obat
			2	Tidak adanya kesalahan pemberian obat (100%)	2	Insiden medication error
			3	Kepuasan pelanggan ≥ 80%	3	Hasil survei kepuasan pasien
			4	Penulisan resep sesuai formularium (100%)	4	Kepatuhan penggunaan formularium
11	Pelayanan Gizi	Pelayanan gizi pasien sesuai standar	1	Ketepatan waktu pemberian makanan (100%)	1	Ketepatan distribusi makanan
			2	Sisa makanan pasien ≤ standar (misal ≤ 20%)	2	Persentase sisa makanan
			3	Tidak ada kesalahan pemberian diet (100%)	3	Insiden kesalahan diet

12	Pelayanan Transfusi Darah	Pelayanan transfusi sesuai standar	1	Kebutuhan darah terpenuhi untuk setiap pelayanan (100%)	1	Ketersediaan darah
			2	Kejadian reaksi transfusi ≤ standar (misal ≤ 1%)	2	Persentase reaksi transfusi
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Pelayanan pasien GAKIN sesuai standar	1	Pelayanan pasien GAKIN di seluruh unit (100%)	1	Persentase pelayanan pasien GAKIN
14	Pelayanan Rekam Medik	Pelayanan rekam medik sesuai standar	1	Kelengkapan pengisian rekam medik ≤ 24 jam (100%)	1	Persentase kelengkapan rekam medik
			2	Kelengkapan informed consent (100%)	2	Kepatuhan pengisian informed consent
			3	Waktu penyediaan dokumen RM rawat jalan ≤ 10 menit	3	Ketepatan waktu penyediaan RM RJ
			4	Waktu penyediaan dokumen RM rawat inap ≤ 15 menit	4	Ketepatan waktu penyediaan RM RI
15	Pengelolaan Limbah	Pengelolaan limbah RS sesuai baku mutu	1	Baku mutu limbah cair (BOD < 30 mg/L, COD < 80 mg/L, TSS < 30 mg/L, pH 6–9)	1	Hasil uji parameter limbah cair
			2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan (100%)	2	Kepatuhan pengelolaan limbah B3
16	Administrasi dan Manajemen	Tata kelola RS sesuai standar	1	Tindak lanjut hasil pertemuan direksi (100%)	1	Persentase tindak lanjut rapat
			2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja (100%)	2	Kelengkapan laporan kinerja
			3	Ketepatan waktu usulan kenaikan pangkat (100%)	3	Ketepatan usulan kenaikan pangkat
			4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala (100%)	4	Ketepatan gaji berkala
			5	Karyawan mendapat pelatihan ≥ 20 jam/tahun (≥ 60%)	5	Persentase SDM terlatih
			6	Cost recovery ≥ 40%	6	Persentase cost recovery
			7	Ketepatan waktu laporan keuangan (100%)	7	Ketepatan laporan keuangan
			8	Waktu pemberian informasi tagihan RI ≤ 2 Jam	8	Kecepatan informasi tagihan

			9	Ketepatan pemberian insentif (100%)	9	Ketepatan pembayaran insentif
17	Pelayanan Ambulan & Mobil Jenazah	Pelayanan transportasi pasien & jenazah sesuai standar	1	Ketersediaan pelayanan 24 jam	1	Jam operasional layanan
			2	Kecepatan pelayanan di RS ≤ 230 menit	2	Waktu respon internal
			3	Response time pelayanan ke masyarakat (100%)	3	Persentase respon pelayanan
18	Perawatan Jenazah	Pelayanan pemulasaraan jenazah sesuai standar	1	Waktu tanggap pelayanan ≤ 2 jam	1	Persentase ketepatan response time
19	Pelayanan Laundry	Pelayanan linen RS sesuai standar	1	Tidak ada linen hilang (100%)	1	Insiden kehilangan linen
			2	Ketepatan penyediaan linen rawat inap (100%)	2	Ketepatan distribusi linen
20	Pemeliharaan Sarana RS	Pemeliharaan sarana dan alat sesuai standar	1	Kecepatan menanggapi kerusakan alat ≤ 80%	1	Persentase respon perbaikan alat
			2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat (100%)	2	Kepatuhan jadwal pemeliharaan
			3	Kalibrasi alat laboratorium & alat ukur tepat waktu (100%)	3	Kepatuhan kalibrasi alat
21	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	Program PPI berjalan sesuai standar	1	Anggota Tim PPI terlatih ≥ 75%	1	Persentase tim PPI terlatih
			2	Ketersediaan APD di setiap unit ≥ 60%	2	Ketersediaan APD per unit
			3	Pencatatan & pelaporan HAI ≥ 75%	3	Kelengkapan laporan infeksi nosokomial

BAB III

RENCANA PENCAPAIAN SPM

A. Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM Rumah Sakit menjadi tolok ukur kinerja pelayanan dalam menjamin mutu, akses, dan keselamatan pasien.

Ketentuan mengenai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang menjadi pedoman bagi pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi pelayanan dasar kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL (TAHUN 2025)	RENCANA CAPAIAN SPM				
						2026	2027	2028	2029	2030
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*5*	*5*	*5*	*5*	*5*	*5*
1	Pelayanan gawat darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	74%	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim

		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	2,25	3 Menit	3 Menit	3 Menit	3 Menit	3 Menit
		6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	0,825	90%	90%	90%	90%	90%
		7	Kematian pasien< 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	8,9	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	sesuai	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Ketersediaan Pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
		3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 12.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 s/d 11.00	sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai

		4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	sesuai	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit
		5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	a. ≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≤ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	94,50%	08.00 s/d 14.00	08.00 s/d 14.00	08.00 s/d 14.00	08.00 s/d 14.00	08.00 s/d 14.00
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		10	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	94%	100%	100%	100%	100%	100%
		11	Rawat Inap TB	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		12	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a.≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		13	Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b.≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Pelayanan Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	1 hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari
		2	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Tidak adanya kejadian opersi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	0%	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
5	Persalinan danperinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %	0%	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
				b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	0%	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %
				c. Sepsis ≤ 0,2 %	0%	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG

				b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	Dokter Sp.OG	Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)
				c. Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG
				b. Dokter Sp.A	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A
				c. Dokter Sp.An	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	0%	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
		7	Keluarga Berencana	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
			Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih							
			Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih							
		8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	90%	90%	90%	90%	90%	90%

6	Pelayanan Intensif	1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0%	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	sesuai	Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani
				b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	sesuai	100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
7	Pelayanan radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	0%	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam
		2	pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad	100%	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %		Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	100%	90%	90%	90%	90%	90%
8	Pelayanan patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	91,6 Menit	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
		2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	Sesuai	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	86%	90%	90%	90%	90%	90%
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	≤ 50 %	0%	30%	30%	30%	30%	30%
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	100%	90%	90%	90%	90%	90%
10	Pelayanan Farmasi	1	waktu tunggu pelayanan							
			Obat Jadi	≤ 30 menit	≤ 30 Menit	25 Menit	25 Menit	25 Menit	25 Menit	25 Menit
			Racikan	≤ 60 menit	≤ 60 Menit	40 Menit	40 Menit	40 Menit	40 Menit	40 Menit
		2	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	95%	90%	90%	90%	90%	90%
		4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Pelayanan Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	95%	90%	90%	90%	90%	90%
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	10%	10%	10%	10%	10%	10%
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Pelayanan Tranfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	Ada pelayanan (mulai TW II)	100 % Terlayani	100 % terlayani	100 % terlayani	100 % terlayani	100 % Terlayani

14	Pelayanan Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	10 menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	8 menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit
15	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l	Baik	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l
				b.COD < 80 mg/l	Baik	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l
				c.TSS < 30 mg/l	Baik	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l
				d.PH 6-9	Baik	PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Administrasi dan manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan Pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Ketepan Waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam Setahun	≥ 60 %	75%	60%	60%	60%	60%	60%
		6	Cost recovery	≥ 40 %	75%	60%	60%	60%	60%	60%

		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan Keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 Jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
17	Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	24 jam	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230menit	20 Menit	≤ 230menit	≤ 230menit	≤ 230menit	≤ 230menit	≤ 230menit
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	25 Menit	100%	100%	100%	100%	100%
18	Perawatan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	12,5 Menit	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam
19	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %	85%	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	85%	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60%	80%	60%	60%	60%	60%	60%
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	12,5 Menit	75%	75%	75%	75%	75%

B. Strategi Pencapaian SPM Berdasarkan Rencana Strategis

Strategi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan melalui program dan kegiatan yang direncanakan secara sistematis dalam Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit. Renstra menjadi dokumen perencanaan jangka menengah yang memuat visi, misi, tujuan, sasaran, arah kebijakan, serta program prioritas Rumah Sakit dalam kurun waktu lima tahun, sehingga target SPM dapat dicapai secara bertahap, terukur, dan berkelanjutan.

Dalam rangka mencapai indikator SPM yang telah ditetapkan, Rumah Sakit menyelaraskan setiap program pelayanan, pengembangan sumber daya manusia, peningkatan sarana dan prasarana, serta penguatan manajemen dan tata kelola ke dalam dokumen Renstra. Setiap indikator SPM diterjemahkan ke dalam sasaran strategis dan indikator kinerja utama yang memiliki target capaian tahunan, sehingga pelaksanaannya dapat dipantau dan dievaluasi secara berkala.

Strategi pencapaian SPM juga dilakukan melalui peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, penguatan sistem rujukan, optimalisasi pemanfaatan sumber daya yang tersedia, serta peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dan tenaga penunjang. Selain itu, dukungan pembiayaan melalui penganggaran tahunan yang selaras dengan Renstra menjadi faktor penting dalam menjamin keberhasilan pencapaian SPM.

Monitoring dan evaluasi terhadap capaian indikator SPM dilakukan secara berkala sebagai bagian dari sistem manajemen kinerja Rumah Sakit. Hasil evaluasi tersebut menjadi dasar dalam penyempurnaan program dan kegiatan pada tahun berikutnya agar pencapaian SPM tetap berada pada jalur yang telah direncanakan.

Strategi pencapaian SPM tidak berdiri sendiri, melainkan terintegrasi secara menyeluruh dalam perencanaan strategis Rumah Sakit sehingga pelaksanaan pelayanan kesehatan dapat berjalan secara efektif, efisien, dan berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat.Rencana Anggaran Biaya

Rencana Anggaran Biaya Berdasarkan Jenis Belanja

No	Jenis Belanja	Tahun (Rp)		
		2026	2027	2028
1	Belanja Barang dan Jasa (Jaspel non ASN)	11.114.566.917	12.226.023.609	13.448.625.970
2	Belanja Modal	1.391.836.200	1.531.019.820	1.684.121.802
Jumlah		12.506.403.117	13.757.043.429	15.132.747.772

BAB IV
PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit disusun sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan guna menjamin tersedianya pelayanan yang bermutu, aman, efektif, efisien, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. SPM menjadi acuan dalam menetapkan arah kebijakan, standar kinerja, serta ukuran keberhasilan pelayanan yang dilaksanakan oleh RSUD Antero Hamra sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik pemerintah daerah.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit disusun sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan guna menjamin terselenggaranya pelayanan yang bermutu, merata, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat. SPM Rumah Sakit menjadi acuan dalam penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam rangka mewujudkan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal secara optimal, diperlukan komitmen, dukungan, dan partisipasi aktif dari seluruh pegawai/karyawan rumah sakit, baik tenaga medis, tenaga kesehatan lainnya, maupun tenaga penunjang. Selain itu, dukungan dari Pemerintah Daerah juga sangat diperlukan, baik dalam bentuk dukungan kebijakan, administrasi, pendanaan, maupun sarana dan prasarana guna menunjang penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ini dapat dilakukan peninjauan dan revisi apabila terjadi perubahan terhadap peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan tata kelola rumah sakit. Penyesuaian juga dapat dilakukan sesuai dengan perkembangan kebijakan kesehatan, fungsi, tugas, dan kewenangan organ rumah sakit, serta dinamika lingkungan strategis yang mempengaruhi penyelenggaraan pelayanan rumah sakit.

LAMPIRAN

Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) 2025

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	CAPAIAN SPM 2025																	KETERANGAN
					1	2	3	BLN 1 S/d Bln.3 (TW I)	4	5	6	BLN 4 S/d Bln 6 (TW II)	7	8	9	BLN 7 S/d Bln 9 (TW III)	10	11	12	BLN 10 S/d Bln 12 (TW IV)	CAPAIAN TAHUN 2025	
1	2	3	4	5																		
1	Pelayanan gawat darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Tercapai
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	64%	67%	71%	67%	68%	77%	77%	74%	77%	77%	77%	77%	83%	70%	80%	77%	74%	Belum tercapai (SDM bersertifikat belum 100%, rata-rata 73,75%)
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	Tercapai
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	2,5	2,5	2	2,5	2,5	2	2	2	2	2,5	2	2,5					2,25	Tercapai (rata-rata 2,25 menit, standar ≤5 menit)
		6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	80%	80%	82%	0,8	83%	83%	82%	82%	83%	83%	85%	85%					0,825	Tercapai (rata-rata 82,5%, standar ≥70%)
		7	Kematian pasien< 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	0	0	20	20	0	0	0	0	0	0	5,9	5,9	0	3,1	6,5	9,6	6,9	Tidak Tercapai
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
2	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Tercapai
		2	Ketersediaan Pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Sesuai	sesuai	sesuai		sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Tercapai
		3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 12.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 s/d 11.00	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Tercapai
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	sesuai	Sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Tercapai
		5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	a. ≥ 50 %	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (mulai TW II terpenuhi)
		7	Terlaksananya kegiatan penemuan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (mulai TW II terpenuhi)
3	Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. dr. Spesialis	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Tercapai
				b. Perawat minimal pendidikan D3	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Tercapai

		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Tercapai
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 (>=80%)	0%	0%	100%	91,89%	90,91%	91,23%	93,94%	96%	90,01%	91,67%	91,18%	96%	91,67%	91,18%	96,43%	93%	94,56%	Tercapai (rata-rata 94,8%, standar ≥80%)
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
		9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0,1%	Tercapai (rata-rata 0,1%, standar ≤5%)
		10	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	0%	0%	90%	95%	90%	95%	95%	90%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	94%	Tercapai (rata-rata 93,5%, standar ≥90%)
		11	Rawat Inap TB	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (belum optimal di awal tahun)
		12	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (mulai TW II terpenuhi)
		13	Terlaksanaan kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (mulai TW II terpenuhi)
4	Pelayanan Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	0	0	0	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	Tercapai (rata-rata 1 hari, standar ≤2 hari)
		2	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotrachesl tube	≤ 6 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
5	Persalinan dan perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
				b. Pre eklampsia ≤ 30 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
				c. Sepsis ≤ 0,2 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Tercapai
				b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Tercapai
				c. Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Tercapai

		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	0	0	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	0	0	0	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	0	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tercapai
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	0%	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	Tercapai
				b. Dokter Sp.A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	0%	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	Tercapai
				c. Dokter Sp.An	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	0%	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	Tercapai
		5	Kemampuan menangani BBLR (500 gr – 2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	2 (100%)	2(100%)	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
		7	Keluarga Berencana																				
			Presentase KB (vasektomi & tubektomi yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.D, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Belum tercapai
			Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh terlatih	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Belum tercapai
		8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Tercapai (mulai TW IV, capaian 90%)
6	Pelayanan Intensif	1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	< 3 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Tercapai
				b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Tercapai
7	Pelayanan radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Belum Tercapai (belum ada pelayanan Rontgen)
		2	pelaksana ekspertai	Dokter Sp.Rad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto < 2 %																			Tidak Tercapai (belum ada Pelayanan Rontgen)
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)

8	Pelayanan patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	100 Menit	100 Menit	80 Menit	93,3 Menit	100 Menit	80 Menit	100 Menit	93,3 Menit	100 Menit	100 Menit	80 Menit	86,6 Menit	100 Menit	80 Menit	80 Menit	86,6 Menit	91,6 Menit	Tercapai (rata-rata 91,6 menit, standar ≤140 menit)
		2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Tercapai
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	85%	86%	85%	86%	86%	86%	85%	85%	86%	85%	87%	85%	85%	87%	86%	85%	Tercapai (rata-rata 85,6%, standar ≥80%)
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di Rencanakan	≤ 50 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai (0%, standar ≤50%)
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%, standar ≥80%)
10	Pelayanan Farmasi	1	waktu tunggu pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 20 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit	Tercapai (≤ 30 menit, standar ≤30 menit)
			Racikan	≤ 60 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 Menit	Tercapai (≤ 60 menit, standar ≤60 menit)
		2	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Tercapai (95%, standar ≥80%)
		4	Penulisan resep sesuai Formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
11	Pelayanan Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Tercapai (95%, standar ≥90%)
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	Tercapai (10%, standar ≤20%)
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
12	Pelayanan Transfusi Darah	1	Kecukupan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	Tercapai (100% mulai Agustus-Desember 2025, 33/33 permintaan terpenuhi)
		2	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai (0%, standar ≤0,01%)
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	0%	0%	0%	0%	Ada	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Ada pelayanan (mulai TW II)	Tercapai (pelayanan tersedia mulai TW II 2025)

14	Pelayanan Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	75%	75%	75%	75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	Belum Tercapai (80% dari standar 100%)
		2	Kelengkapan Informasi Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	14 menit	14 menit	14 menit	14 menit	13 menit	10 menit	10 menit	11 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	Tidak Tercapai (rata-rata tahunan 11,25 menit, standar ≤10 menit)
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	10 menit	10 menit	10 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	Tercapai (rata-rata 8 menit, standar ≤15 menit)
15	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l	-	-	-	-	-	-	-	-	2,10 mg/l	2,10 mg/l	2,10 mg/l	Baik	-	-	-	-	Baik	Tercapai (BOD = 2,10 mg/l, standar <30 mg/l)
				b.COD < 80 mg/l	-	-	-	-	-	-	-	-	8,2 mg/l	8,2 mg/l	8,2 mg/l	Baik	-	-	-	-	Baik	Tercapai (COD = 8,20 mg/l, standar <80 mg/l)
				c.TSS < 30 mg/l	-	-	-	-	-	-	-	-	30 mg/l	30 mg/l	30 mg/l	Baik	-	-	-	-	Baik	Tercapai (TSS = 30 mg/l, standar <30mg/l)
				d.PH 6-9	-	-	-	-	-	-	-	-	6,9 mg/l	6,9 mg/l	6,9 mg/l	Baik	-	-	-	-	Baik	Tercapai (pH = 6,90, standar 6-9)
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100% MOU dengan PT. Bintangtiga Cahaya Internasional)
16	Administrasi dan manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100% 33 notulen rapat semua ditindaklanjuti)
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		4	Ketepan Waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	Tercapai (≥60%, capaian 75%)
		6	Cost recovery	≥ 40 %	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	Tercapai (≥40%, capaian 75%)
		7	Kecepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	Tercapai (≤2 jam, realisasi 1 jam)
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatanan waktu	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tidak Tercapai (0% dari standar 100%)
17	Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Tercapai (pelayanan 24 jam)
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	20 Menit	15 Menit	15 menit	20 Menit	15 Menit	20 Menit	20 Menit	20 menit	20 Menit	15 Menit	20 Menit	20 Menit	20 Menit	20 Menit	20 Menit	20 Menit	20 Menit	Tercapai (rata-rata 20 menit, standar ≤30 menit)
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	20 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 menit	25 Menit	20 Menit	15 Menit	20 Mnit	25 Menit	Tercapai (rata-rata 25 menit, standar ≤30 menit)
18	Perawatan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 Jam	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	15 Menit	10 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	12,5 Menit	Tercapai (rata-rata 12,5 menit, standar ≤2 jam)

19	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	Tercapai (≥80%, capaian 85%)
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	85%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Tidak Tercapai (tidak konsisten, banyak bulan 0%)
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (100%)
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	85%	Tercapai (≥75%, capaian rata-rata 85%)
		2	Tersedia APD di setiap instalasi / departemen	60%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%%	80%%	80%	80%	80%	Tercapai (≥60%, capaian 80%)
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infections di RS (min 1 parameter)	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai (≥75%, capaian 100%)

PARAF KOORDINASI

NO	INSTANSI / UNIT KERJA	PARAF
1	Asisten Pemerintahan & Kesra	
2	Dir. RSUD Anton Hiuma	
3	Kabag Hukum	
4	Kasubag Perundang-Undangan	

WALI KOTA KENDARI

SISKA KARINA IMRAN