



BUPATI SUKABUMI
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI SUKABUMI
NOMOR **10** TAHUN 2021

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAGARANTEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI SUKABUMI,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksana Teknis Daerah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sagaranten;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah dalam Lingkungan Provinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang-undang ...

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502 sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 171 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
6. 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Bupati Sukabumi Nomor 73 Tahun 2018 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kabupaten Sukabumi Tahun 2018 Nomor 73);

10. Peraturan ...

10. Peraturan Bupati Sukabumi Nomor 46 Tahun 2020 tentang Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sagaranten (Berita Daerah Kabupaten Sukabumi Tahun 2020 Nomor 46);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAGARANTEN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Sukabumi.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Sukabumi
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan dewan perwakilan rakyat daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Unit Pelaksana Teknis Daerah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sagaranten yang selanjutnya disebut UPTD BLUD RSUD Sagaranten adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
6. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disebut BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

7. Pola ...

7. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disebut PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
8. 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.
9. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
10. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu system.

Bagian Kedua

Maksud dan Tujuan

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk memberi pedoman kepada UPTD BLUD RSUD Sagaranten dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Tugas

Pasal 3

UPTD BLUD RSUD Sagaranten mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan Kesehatan dengan mengutamakan pencegahan (*preventif*), penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan sesuai dengan SPM.

Bagian Kedua

Jenis Pelayanan

Pasal 4

Jenis pelayanan pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten, meliputi:

- a. pelayanan medik spesialis;
- b. pelayanan gigi;
- c. pelayanan medik umum;
- d. pelayanan gawat darurat;
- e. pelayanan keperawatan;
- f. pelayanan laboratorium;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan farmasi;
- i. pelayanan gizi; dan
- j. pelayanan sanitasi.

Bagian Ketiga

Indikator, Standar Nilai dan Batas Waktu Pencapaian

Pasal 5

- (1) Kemampuan petugas dalam menjalankan pelayanan sesuai dengan indikator pelayanan merupakan tanggungjawab UPTD DLUD RSUD Sagaranten.
- (2) Standar Nilai dalam Peraturan Bupati ini merupakan standar nasional untuk Pelayanan Kesehatan di rumah sakit.

(3) Indikator ...

- (3) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan uraian SPM pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dengan Peraturan Bupati ini.

Bagian Keempat

Pelaksanaan

Pasal 6

- (1) UPTD BLUD RSUD Sagaranten wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur UPTD BLUD RSUD Sagaranten bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten sesuai SPM yang diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh tenaga medik, paramedik dan seluruh pegawai UPTD BLUD RSUD Sagaranten dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima

Penerapan dan Evaluasi

Pasal 7

- (1) Direktur menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan UPTD BLUD RSUD Sagaranten berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen UPTD BLUD RSUD Sagaranten menyusun rencana bisnis dan anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (3) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rencana bisnis dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun dengan menggunakan format sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai SPM.

Pasal 8

- (1) Direktur melakukan evaluasi terhadap pencapaian SPM pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun.
- (2) hasil evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

BAB III

PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN TANGGUNGJAWAB

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 9

- (1) Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang Kesehatan melakukan pembinaan teknis pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten.
- (2) Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah melakukan pembinaan pengelolaan keuangan pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya, meliputi:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM;
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM;
 - e. penyusunan peraturan perundang-undangan untuk implementasi PPK-BLUD pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten;
 - f. penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
 - g. pelaksanaan anggaran; dan
 - h. akuntansi dan pelaporan keuangan.

Bagian Kedua
Pengawasan
Pasal 10

- (1) Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang pengawasan, melakukan pengawasan terhadap penerapan SPM pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten.
- (2) Selain pengawasan oleh Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pengawasan terhadap penerapan SPM pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten dapat dilakukan oleh pengawas internal.
- (3) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur UPTD BLUD RSUD Sagaranten.

Bagian Ketiga
Tanggungjawab
Pasal 11

- Pemerintah Daerah sesuai dengan SPM bertanggungjawab untuk:
- a. menjamin pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. membina dan mengawasi penerapan SPM pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten;
 - c. memberikan perlindungan kepada UPTD BLUD RSUD Sagaranten agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan bertanggungjawab;
 - d. memberkan perlindungan terhadap masyarakat pengguna jasa pelayanan UPTD BLUD RSUD Sagaranten sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menyediakan informasi kesehatan yang dibuthkan oleh masyarakat;
 - f. menjamin pembiayaan pelayanan kegawat daruratan akibat bencana dan kejadian luar biasa pada UPTD BLUD RSUD Sagaranten;dan
 - g. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan UPTD BLUD RSUD Sagaranten.

BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Palabuhanratu

pada tanggal 11 FEBRUARI 2021

BUPATI SUKABUMI,



MARWAN HAMAMI

Diundangkan di Palabuhanratu

pada tanggal 11 FEBRUARI 2021

Pj. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SUKABUMI,



ZAINUL S

BERITA DAERAH KABUPATEN SUKABUMI TAHUN 2021 NOMOR 10

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI SUKABUMI
 NOMOR : 10 TAHUN 2021
 TANGGAL : 11 FEBRUARI 2021
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAGARANTEN

A. STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Standar Pelayanan Klinis

Standar pelayanan klinis RSUD SAGARANTEN KABUPATEN SUKABUMI dari tahun 2021 sampai dengan tahun 2026, sebagai berikut

| No. | Unit Kerja | Indikator | Standar sesuai Kepmenkes 129 Tahun 2008 | Standar (%) | | | | | |
|-----|-------------------------|--|---|-------------|------|------|------|------|------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1. | Instalasi Gawat Darurat | 1. Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD | 100% | 70 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa | 100% | 50 | 80 | 90 | 100 | 100 | 100 |
| | | 3. Pemberian pelayanan perawatan kegawatdaruratan yang bersertifikat BTLS/PPGD | 100% | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | 100 |
| | | 4. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat | 24 jam | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 5. Kepuasan pelanggan | ≥ 70 % | 80 | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 6. Tidak adanya pasien yang harus membayar uang muka | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 7. Kematian pasien < 24 Jam | ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2. | Rawat Jalan | 1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Umum | 100 % Dokter Umum | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| | | | | | | | | | |
|----|------------|---|--|-----|----------|----------|----------|----------|-----|
| | | 2. Ketersediaan pelayanan | 1. Klinik umum 2. Klinik Kebidanan | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 3. Waktu tunggu pelayanan Rawat Jalan | ≤ 60 Menit | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 4. Jam buka pelayanan | Setiap hari kerja 08.00 s.d. 11.00 dan 14.00 s.d. 21.00 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 5. Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % | 80 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 |
| 3. | Rawat Inap | 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap | 1. Dokter Umum 2. Perawat minimal pendidikan D3 3. Bidan minimal pendidikan D3 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 3. Ketersediaan Rawat Inap | a. Penyakit umum b. Anak c. Kebidanan | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 4. Jam Visite Dokter Umum | Setiap hari kerja 08.00 s.d. 14.00 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 5. Kejadian infeksi nosokomial | ≤ 1,5 % | ≤0 | ≤ 1,5 % | ≤ 1,5 % | ≤ 1,5 % | ≤ 1,5 % | 100 |
| | | 6. Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0,24 % | ≤1 | ≤ 0,24 % | ≤ 0,24 % | ≤ 0,24 % | ≤ 0,24 % | 100 |
| | | 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 100% | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 8. Kejadian pulang paksa | ≤ 5 % | ≤ | ≤ 5 % | ≤ 5 % | ≤ 5 % | ≤ 5 % | 100 |
| | | 9. Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % | 78 | 97 | 98 | 100 | 100 | 100 |

| | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 4. | Persalinan , Perinatologi dan KB | 1. Pemberi pelayanan persalinan normal | Bidan | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Kejadian kematian ibu karena persalinan | a. Perdarahan \leq 1% | 0 | 10% | 5% | 2% | 1% | 100 |
| | | | b. Pre-eklampsia \leq 30 % | 0 | \leq 30 % | \leq 30 % | \leq 30 % | \leq 30 % | 100 |
| | | | c. Sepsis \leq 0,2 % | 0 | 0% | 0% | 0% | 0% | 100 |
| | | 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim Poned yang terlatih | 100 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100 |
| 4. Keluarga Berencana - Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih | 100% | 80 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100 | | |
| 5. Kepuasan pelanggan | \geq 80 % | 80 | 90% | 90% | 90% | 90% | 100 | | |
| 5. | Farmasi | 1. Waktu tunggu pelayanan: | | \leq 30 menit | \leq 30menit | \leq 30 menit | \leq 30 menit | \leq 30 menit | \leq 30 menit |
| | | a. Obat jadi | a. \leq 30menit | | | | | | |
| | | b. Obat racikan \leq 60 menit | b. \leq 60 menit | | | | | | |
| | | 2. Tidak adanya kesalahan pemberian obat | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 3. Penulisan resep sesuai formularium | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | |
| 4. Kepuasan pelanggan | \geq 80 % | 90 | 97 | 98 | 100 | 100 | 100 | | |
| 6. | Laboratorium Patologi Klinik | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium | Kimia darah & darah rutin | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | Max 140 menit | | | | | | |
| | | 2. Pelaksana ekspertisi | Dokter Sp.PK | 0 | Analisis | Analisis | Analisis | Analisis | Analisis |
| 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----|----------------------------|--|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7. | Gizi | 4. Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 75 | 80 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | ≥ 80 % | 80 | 80 | 90 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % |
| | | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100% | 85 | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 8. | Rekam Medik | 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 0 | 75 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100% | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | ≤ 10 menit | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | ≤ 15 menit | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 10. | Pengelolaan Limbah | 1. Baku mutu limbah cair | a. BOD < 30 mg/l | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | b. COD < 80 mg/l | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | c. TSS < 30 mg/l | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | d. PH 6-9 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 11. | 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% | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | ≥ 60 % | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 6. Cost recovery | ≥ 40 % | 0 | 75 | 90 | 100 | 100 | 100 |
| | | 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 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 12. | Ambulance | 1. Waktu pelayanan ambulance | 24 jam | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance | ≤ 230 menit | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 13. | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | 80% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| | | | | | | | | | |
|-----|-------------------|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100% | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 15. | 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 |

B. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL DI RSUD SAGARANTEN KABUPATEN SUKABUMI

1. Instalasi Gawat Darurat / IGD

a. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di IGD

| | |
|------------------------------------|---|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Kecepatan pelayanan dokter di IGD adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayan dokter |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu bulan dalam satu tahun |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 50) |
| Sumber Data | Sample |
| Standar | Kurang dari 5 menit terlayani setelah pasien datang |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Koordintor IGD |

b. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

| | |
|------------------------------------|--|
| Judul | Kemampuan life saving anak dan dewasa |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan RS dalam memberikan pelayanan gawat darurat |
| Definisi Operasional | Live saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan ABC |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setahun sekali (untuk tahun 2015, tahun selanjutnya akan dilakukan / 3bln) |
| Numerator | Jumlah kumulatif pasien yang mendapatkan pertolongan live saving di IGD |
| Denominator | Jumlah kumulatif pasien yang membutuhkan penanganan di IGD |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Koordinator IGD |

c. Pemberian pelayanan perawatan kegawatdaruratan yang bersertifikat BTLS/PPGD

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Jumlah kumulatif pasien yang membutuhkan penanganan di IGD |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga keperawatan yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan |
| Definisi Operasional | Pelayanan kepada pasien di gawat darurat oleh SDM perawat yang memiliki kompetensi yang dibuktikan oleh kepemilikan sertifikat BTLS/PPGD |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 (tiga) bulan |
| Periode Analisa | 6 (enam) bulan |
| Numerator | Jumlah perawat yang memiliki sertifikat BTLS/PPGD |
| Denominator | Jumlah seluruh perawat UGD |
| Sumber Data | Biodata Pegawai UGD |
| Standar | 100% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Koordinator UGD |

d. Jam buka Pelayanan Gawat darurat

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Jam buka Pelayanan Gawat darurat |
| Dimensi mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh dokter 24 jam |
| Definisi Operasional | Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu bulan dalam satu tahun |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Laporan Bulanan |
| Standar | 100% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Koordinator UGD |

e. Kepuasan pelanggan

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setahun sekali (untuk tahun 2015, tahun selanjutnya akan dilakukan / 3bln) |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (minimal n=100) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | Lebih kurang 70% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Administrasi Umum |

f. Tidak adanya pasien yang harus membayar uang muka

| | |
|--------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya pasien yang harus membayar uang muka |
| Dimensi mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak RS sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Administrasi Umum |

g. Kematian pasien < 24 Jam di UGD

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Kematian pasien < 24 jam di UGD |
| 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 pasien yang datang di gawat darurat |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | < 2 per seribu |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Administrasi Umum |

2. Pelayanan Rawat Jalan

a. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Umum

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Pemberi Pelayanan di Poliklinik Umum |
| Dimensi mutu | Kompetensi tekhnis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan poliklinik oleh dokter umum |
| Definisi operasional | Klinik adalah pelayanan klinik di RS yang dilayani oleh dokter umum |
| Periode Analisa | 3 (tiga) bulan |
| Numerator | Jumlah pemeriksaan pasien di poliklinik yang diperiksa oleh dokter umum |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka dokter di poliklinik dalam waktu 1 bulan |
| Sumber Data | Register Harian Poliklinik |
| Standar | 100% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Pelayanan Rawat Jalan |

b. Ketersediaan pelayanan

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan pelayanan |
| Dimensi mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di RS |
| Definisi operasional | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang dilaksanakan di RS, ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk RS disesuaikan dengan sfesifikasi dari RS tersebut |
| FrekwensiPengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan rawat jalan |
| Sumber Data | Register Harian Poliklinik |
| Standar | Minimal kesehatan anak, kebidanan dan umum |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Pelayanan Rawat Jalan |

c. Waktu tunggu rawat jalan

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu rawat jalan |
| Dimensi mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter |

| | |
|--------------------------------|--|
| FrekwensiPengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei |
| Sumber Data | Survey pasien rawat jalan |
| Standar | Kurang dari 30 menit |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Instalasi Rawat Jalan |

d. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Jam bukan pelayanan sesuai ketentuan |
| Dimensi mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan pada hari kerja di RS |
| Definisi operasional | Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga kesehatan (dokter umum) jam buka 08.00-11.00 |
| Frekwensi Pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pelayanan rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Register rawat jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Instalasi Rawat Jalan |

e. Kepuasan pelanggan

| | |
|---------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| 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 |
| FrekwensiPengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Denominator | Jumlah pasien rawat jalan yang disurvei minimal n=50 |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | >90% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Pelayanan Rawat Jalan |

3. Rawat Inap

a. Pemberi pelayanan di rawat inap

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Pemberi pelayanan dirawat inap |
| Dimensi mutu | Kompetensi tehnik |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan adalah dokter dan perawat/bidan yang kompeten minimal D3 |
| FrekuensiPengumpulan data | 6 bulan |
| Periode analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanandi ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di ruang rawat inap |
| Sumber Data | Tata Usaha/kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Instalasi Rawat Inap |

b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

| | |
|---------------------------|--|
| Judul | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap |
| Dimensi mutu | Kompetensi tehnik, 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 |
| FrekwensiPengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas 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 RS yang diberikan tirah baring di RS. |
| FrekwensiPengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan rawat inap |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat inap |
| Standar | Minimal kesehatan anak, penyakit dalam,kebidanan |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Instalasi Rawat Inap |

d. Jam visite Dokter

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Jam visite dokter |
| Dimensi mutu | Akses kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan |
| Definisi operasional | Visite dokter adalah kunjungan dokter setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 – 14.00 |
| FrekwensiPengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah visite dokter antara jam 08 -14 yang disurvey |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan visite dokter yang di survey |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Koordinator Rawat Inap |

e. Angka kejadian infeksi nasokomial

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Angka kejadian infeksi nasokomial |
| Dimensi mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nasokomial RS |
| Definisi operasional | Infeksi nasokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RS yang meliputi decubitus, phlebitis,sepsis dan infeksi luka operasi |
| FrekwensiPengumpulan data | Tiap 3 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nasokomial dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Survey, laporan infeksi nasokomial |
| Standar | < 1.5 % |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Koordinator Rawat Inap |

f. Kematian pasien > 48 jam

| | |
|--------------------------------|--|
| Judul | Kematian pasien > 48 jam |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien di RS yang aman dan efektif |
| Definisi operasional | Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap yang masuk RS |
| FrekwensiPengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | < 0,24% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Tim Mutu |

g. Kejadian pulang paksa

| | |
|--------------------------------|--|
| Judul | Kejadian pulang paksa |
| Dimensi mutu | Efektifitas kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan RS |
| Definisi operasional | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien/ keluarga pasien sebelum diputuskan pulang oleh dokter |
| Frekwensi Pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | < 5% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Tim Mutu |

h. Kepuasan pelanggan rawat inap

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan rawat inap |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat inap yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekwensi Pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat inap yang disurvei |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei minimal n=50 |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | >90% |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Petugas Instalasi Rawat Inap |

4. Persalinan

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

| | |
|--------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan layanan |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus |
| Definisi Operasional | <p>Kematian ibu mencakup perdarahan, pre eklampsia, sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg • Protein uria 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • Oedema tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 (satu) bulan |
| Periode Analisa | 3 (tiga) bulan |
| Numerator | Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab) |
| Denominator | Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis |
| Sumber Data | Berkas Rekam Medik |
| Standar | Perdarahan <1 %, pre-eklampsia <30 %, Sepsis ≤ 0,2 % |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Dokter Rumah Sakit |

b. Pertolongan persalinan normal

| | |
|----------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, keselamatan dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan penatalaksanaan sesuai standar APN dan efisien |
| Definisi Operasional | Pertolongan persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari ibu |

| | |
|--------------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah persalinan yang dilayani 2 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 80 % |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Koordinator Pelayanan Kebidanan |

c. Pemberi Persalinan dengan penyulit

| | |
|--------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim Kebidanan yang terdiri dari dokter SPOG, dokter umum dan bidan terlatih |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Tersedianya tim dokter SPOG, Umum dan bidan terlatih |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Kepegawaian dan rekam medis |
| Standar | Tersedia |
| Penanggungjawab Pengumpul Data | Koordinator Pelayanan Kebidanan |

d. Kepuasan Pelanggan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan |
| Definisi operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan persalinan |
| Frekwensi Pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat inap yang disurvey |

2. ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | |
|----------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas,efisien, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi Operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 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% |
| Penanggungjawab | Pengelola Sarana dan Prasarana |


BUPATI SUKABUMI,
MARWAN HAMAMI