



BUPATI LUWU TIMUR
PROVINSI SULAWESI SELATAN
PERATURAN BUPATI LUWU TIMUR
NOMOR 36 TAHUN 2021

TENTANG

PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH I LA GALIGO KABUPATEN LUWU TIMUR

BUPATI LUWU TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 3 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar salah satunya yakni kesehatan dan ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 1 ayat (1) dan Pasal 2 ayat (5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib menerapkan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan, dan pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal Kesehatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun swasta;
- c. bahwa RSUD I La Galigo sebagai fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur perlu menerapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagai pedoman dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah I La Galigo Kabupaten Luwu Timur;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Luwu Timur dan Kabupaten Mamuju Utara di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 27, 4)

- Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4270);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
 8. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 103) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 5 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah 

Kabupaten Luwu Timur Tahun 2020 Nomor 5,
Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur
Nomor 124).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PENERAPAN STANDAR
PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH I LA
GALIGO KABUPATEN LUWU TIMUR.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Luwu Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin Pelaksanaan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Luwu Timur.
4. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah I La Galigo yang selanjutnya disebut RSUD I La Galigo adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Luwu Timur.
6. Dinas Kesehatan adalah Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
7. Direktur adalah Direktur RSUD I La Galigo.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD I La Galigo kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
9. 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.
10. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan.
11. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.
12. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
13. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah adalah Instansi Pemerintah yang mempunyai tugas pokok dan fungsi melakukan pengawasan. *ap*

Pasal 2

Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini yakni sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSUD I La Galigo.

Pasal 3

Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini yakni menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD I La Galigo dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing unit pelayanan.

Pasal 4

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini meliputi :

- a. jenis pelayanan;
- b. indikator dan standar pelayanan;
- c. target dan waktu pencapaian SPM;
- d. evaluasi; dan
- e. pengawasan dan pelaporan.

BAB II JENIS PELAYANAN

Pasal 5

Jenis pelayanan RSUD I La Galigo meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan gizi;
- k. pelayanan transfusi darah;
- l. pelayanan rekam medik;
- m. pengelolaan limbah;
- n. pelayanan administrasi manajemen;
- o. pelayanan ambulans;
- p. pelayanan pemulasaran jenazah;
- q. pelayanan laundry;
- r. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- s. pencegahan pengendalian infeksi; dan
- t. pelayanan keamanan. *φ*

BAB III
INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN

Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD I La Galigo sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh RSUD I La Galigo.
- (3) Indikator dan standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), wajib dilaksanakan oleh RSUD I La Galigo untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (4) Pejabat Struktural di lingkungan RSUD I La Galigo bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian indikator dan standar pelayanan sesuai dengan kewenangan masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam huruf A Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
TARGET DAN WAKTU PENCAPAIAN SPM

Pasal 7

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD I La Galigo sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, memuat target dan waktu pencapaian SPM.
- (2) Target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan RSUD I La Galigo yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumber daya yang ada, serta memperhatikan target SPM.
- (3) Penyusunan target dan waktu pencapaian SPM guna menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan agar dapat menjadi dasar dalam melakukan evaluasi.
- (4) Target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam huruf B Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V
EVALUASI

Pasal 8

- (1) SPM RSUD I La Galigo wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur.
- (2) Evaluasi dan perbaikan SPM RSUD I Lagaligo, wajib disampaikan kepada Bupati sebagai bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD I La Galigo. *gp*

BAB VI
PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Pasal 9

- (1) Bupati melakukan pengawasan penerapan SPM RSUD I La Galigo.
- (2) Pengawasan penerapan SPM RSUD I La Galigo sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Aparat Pengawasan Internal Pemerintah.

Pasal 10

- (1) Direktur menyusun laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD I La Galigo setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD I La Galigo sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.






BABVII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11


Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Luwu Timur. *gs*

**STEMPEL PARAF KOORDINASI
DINAS BADAN KANTOR PEMKAB LUWU TIMUR**

TELAH DIPERIKSA	PARAF
SEKDA	
ASISTEN	
DIREKTUR	
KABAG TU	
KA SEKSI	

Ditetapkan di Malili
pada tanggal 9 September 2021
BUPATI LUWU TIMUR,


BUDIMAN

Diundangkan di Malili
pada tanggal 9 September 2021
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR,


BAHRI SULI

BERITA DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR TAHUN 2021 NOMOR : 36

LAMPIRAN
 PERATURAN BUPATI LUWU TIMUR
 NOMOR 36 TAHUN 2021
 TENTANG
 PENERAPAN STANDAR PELAYANAN
 MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 I LA GALIGO KABUPATEN LUWU TIMUR.

A. INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN RSUD I LA GALIGO

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR
		JENIS	URAIAN	
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life Saving	100%
			2. Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%
			3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat Darurat	24 Jam
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang
			6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%
			7. Kematian pasien di IGD (≤ 8jam)	≤ 2 perseribu
			8. Kepuasan pasien	≥ 70%
Output				
Outcome				
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis
		Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 – 11.00
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit
			5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%

			6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih
		Output	8. Peresepan obat sesuai Formularium	100%
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 90%
3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS
			2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100%
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
			6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00s/d 14.00
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau Kematian	100%
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%
			13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24%
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90%
4	Pelayanan bedah sentral	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS

			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas RS
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah Operasi	100%
			9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6%
		Output	10. Kejadian kematian di meja Operasi	≤ 1%
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
5	Persalinan dan perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG/ Dokter umum/ Bidan
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20%
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100%
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%

		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	a. perdarahan $\leq 1\%$ b. pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		Outcome	10. Kepuasan pasien	$\geq 80\%$
6	Pelayanan intensif	Input	1. Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU
			3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU
		Proses	4. Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%
			5. Kejadian infeksi nosokomial	$< 21\%$
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3\%$
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
7	Pelayanan radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam
			4. Kerusakan foto	$\leq 2\%$
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
8	Pelayanan patologi klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS
			2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit

			4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen 5. Kemampuan memeriksa HIV-AIDS 6. Kemampuan Mikroskopis TB Paru	100% Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen
		Output	7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter spesialis patologi klinik
			8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
9	Pelayanan rehabilitasi medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		Output	4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan <i>updated</i> paling lama 3 thn
		Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat Jadi	≤ 30 menit
			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%

		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
11	Pelayanan gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Tersedia
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90%
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
		Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20%
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
12	Pelayanan transfusi darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS
		Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%
		Output	4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100%
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
13	Pelayanan rekam medik	Input	1. Pemberi pelayanan Rekam Medik	Sesuai persyaratan
		Proses	2. Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan	≤ 10 menit
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat Inap	≤ 15 menit
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai Pelayanan	100%
			5. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%

14	Pengelola-an limbah	Pengelola-an limbah	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No. 1204 Tahun 2004)
		Input	2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit: padat, cair	Sesuai peraturan perundangan
		Proses	3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
15	Administrasi dan manajemen	Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90%
			2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada
			3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada
			4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada
			5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada
			6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada
		Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
			8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
			9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90%

			11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
			12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat Inap	≤ 2 jam
		Output	13. Cost recovery	≥ 60%
			14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%
			15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60%
			16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%
16	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	supir ambulans terlatih
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
17	Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam
			2. Ketersediaan fasilitas kamar Jenazah	Sesuai kelas rumah sakit
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur
		Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenazah

			5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%
			6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
18	Pelayanan laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia
			2. Adanya Penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia
		Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%
			5. Ketepatan pengelolaan linen Infeksius	100%
		Output	6. Ketersediaan linen	2, 5 - 3 set x jumlah tempat tidur
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%
19	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1. Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia
		Proses	3. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%
		Output	6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%
20	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%
			2. Ketersediaan APD di setiap instalasi / departemen	≥60 %
			3. Rencana program PPI	Ada

		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%
		Output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ health care associated infection (HAI) di RS	≥ 75%
21	Pelayanan Keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%
			2. Sistem pengamanan	Ada
		Proses	3. Petugas Keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam
			4. Evaluasi terhadap system Pengamanan	Setiap 3 bulan
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang	100%
		Outcome	6. Kepuasan pasien	≥ 90%

B. TARGET DAN WAKTU PENCAPAIAN SPM

1. Pencapaian SPM Pelayanan Gawat Darurat

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Kemampuan menangan life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	83,80%	90%	90%	95%	95%	100%	100%
3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim
4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	17,07 Detik	≤ 1 Menit	≤ 1 Menit	≤ 1 Menit	≤ 1 Menit	≤ 1 Menit	≤ 1 Menit
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	0,65 / 1000	≤ 2/1000	≤ 2/1000	≤ 2/1000	≤ 2/1000	≤ 2/1000	≤ 2/1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	85%	75%	80%	80%	80%	80%	85%

2. Pencapaian SPM Pelayanan Rawat Jalan

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter spesialis	92,32%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	(08.00-13.00) setiap hari kerja kecuali jumat (08.00-11.00)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	9,81 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan pemeriksaan mikroskopik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
8	Peresepan obat sesuai Formalarium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	85%	90%	95%	95%	95%	95%	95%

3. Pencapaian SPM Pelayanan Rawat Inap

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	96,23%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	87,81%	90%	95%	100%	100%	100%	100%
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,004%	0,05%	0,05%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	0,05%	0,05%	0,05%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Pelaporan dan pencatatan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	0,01%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,01%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	90%	90%	92%	92%	95%	95%	95%

4. Pencapaian SPM Bedah Sentral

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	87,4%	88%	90%	90%	90%	90%	90%
4.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari
5.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	80%	82%	83%	85%	85%	85%

5. Pencapaian SPM Persalinan dan Perinatologi

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Standar Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	95,91%	96%	97%	98%	100%	100%	100%
6.	Pertolongan persalinan melalui sectio caesaria	≤ 20 %	25,12%	25%	20%	20%	20%	20%	20%
7.	Pelayanan Kontrasepsi Mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan								
	Perdarahan	≤ 1%	0,70%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%
	Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	85%	82%	82%	82%	83%	85%	85%

6. Pencapaian SPM Pelayanan Intensif

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Pemberi pelayanan intensif								
	Dokter Sp. Anastesi&Dokter Sp. Yg sesuai dgn kasus	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Perawat dengansertifikatmahir ICU D3	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan peralatan dan perlengkapan di ruang ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	≤ 21 %	0,04%	0,04%	0,03%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%
6.	Rata-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam	≤ 3 %	0,07%	0,06%	0,06%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	80%	72%	75%	77%	78%	80%	80%

7. Pencapaian SPM Pelayanan Radiologi

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Pemberi Pelayanan Radiologi	Dr.Sp.Rad, Radiografer	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	36,55 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	80%	80%	80%	85%	85%	85%

8. Pencapaian SPM Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dr.Sp.PK, Analisis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	32,40 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit	60 Menit
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	100%	99,99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
6.	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
7.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	99,98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	80%	80%	85%	85%	85%	85%

9. Pencapaian SPM Rehabilitasi Medik

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	85%	80%	80%	85%	85%	85%	85%

10. Pencapaian SPM Pelayanan Farmasi

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Pemberi pelayanan Farmasi								
	Apoteker	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Tehnik kefarmasian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 Thn.	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	11,14 Menit	12 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	33,19 Menit	35 Menit	35 Menit	35 Menit	35 Menit	35 Menit	35 Menit
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	87,75%	85%	85%	85%	90%	90%	90%

11. Pencapaian SPM Pelayanan Gizi

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2020	TARGET					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Pemberi Pelayanan gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	96,33%	96%	96%	98%	98%	98%	98%
4.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20 %	7,1 %	10%	10%	10%	10%	10%	10%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	82%	85%	85%	85%	85%	85%