



BUPATI PEMALANG

PERATURAN BUPATI PEMALANG NOMOR 34 TAHUN 2011

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT DI KABUPATEN PEMALANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PEMALANG,

- Menimbang :
- a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat;
 - b. bahwa Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
 - c. bahwa sesuai dengan ketentuan dalam Pasal 4 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal menyebutkan bahwa Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen menyusun Standar Pelayanan Minimal sesuai dengan urusan wajib;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b dan huruf c, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit di Kabupaten Pemalang.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
 2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3890);
 3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
 4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
17. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 100.05-76 Tahun 2007 tentang Pembentukan Tim Konsultasi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Pemalang Nomor 1 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten Pemalang (Lembaran Daerah Kabupaten Pemalang Tahun 2008 Nomor 1);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Pemalang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Pemalang (Lembaran Daerah Kabupaten Pemalang Tahun 2008 Nomor 11);
21. Peraturan Daerah Kabupaten Pemalang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Pemalang (Lembaran Daerah Kabupaten Pemalang Tahun 2008 Nomor 12);
22. Peraturan Daerah Kabupaten Pemalang Nomor 13 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pemalang (Lembaran Daerah Kabupaten Pemalang Tahun 2008 Nomor 13).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT DI KABUPATEN PEMALANG**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Pemalang.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
4. Bupati adalah Bupati Pemalang.
5. Wakil Bupati adalah Wakil Bupati Pemalang.
6. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disebut DPRD adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Pemalang.
7. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati Pemalang dalam penyelenggaraan pemerintah daerah yang terdiri dari sekretariat daerah, sekretariat DPRD, dinas daerah, lembaga teknis daerah, kecamatan, kelurahan, satpol PP dan lembaga lain.
8. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disebut SKPD adalah satuan kerja perangkat daerah Kabupaten Pemalang.
9. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
10. Standar Pelayanan Minimal bidang Rumah Sakit selanjutnya disebut SPM Rumah Sakit adalah tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Pemalang.
11. Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.
12. Pengembangan kapasitas adalah upaya meningkatkan kemampuan sistem atau sarana dan prasarana, kelembagaan, personil dan keuangan untuk melaksanakan fungsi-fungsi pemerintahan dalam rangka mencapai tujuan pelayanan dasar dan/atau SPM Rumah Sakit secara efektif dan efisien dengan menggunakan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik.

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 2

- (1) Daerah menyelenggarakan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM Rumah Sakit.
- (2) SPM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan Rumah Sakit yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010 – Tahun 2016.

Pasal 3

- (1) Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM Rumah Sakit yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten Pemalang dan masyarakat.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Rumah Sakit Daerah Kabupaten Pemalang.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM Rumah Sakit dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

Pasal 4

1. SPM Rumah Sakit yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing indikator bagi SKPD yang terkait dalam pelayanan Rumah Sakit.
2. SPM Rumah Sakit sebagaimana tercantum pada Lampiran yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 5

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Pemalang
pada tanggal 7 September 2011
BUPATI PEMALANG,
H. JUNAEDI



Diundangkan di Pemalang
pada tanggal 7 September 2011

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PEMALANG



Drs. BUDHI RAHARDJO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19590601 198803 1 007

BERITA DAERAH KABUPATEN PEMALANG TAHUN 2011 NOMOR 34

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB 1 ayat 6 menyatakan: Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Ayat 7, Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Ayat 8, Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

B. Maksud dan Tujuan

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Kabupaten Pemalang dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit.

Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional. Indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan target nasional untuk tahun 2010 sampai

dengan tahun 2016. Cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

C. Pengertian

Umum:

1. **Standar Pelayanan Minimal :**

adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

2. **Rumah Sakit :**

Adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Definisi Operasional:

1. **Jenis Pelayanan** adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. **Mutu Pelayanan** adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
3. **Dimensi Mutu** adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. **Kinerja** adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. **Indikator Kinerja** adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. **Standar** adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. **Definisi operasional** dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
8. **Frekuensi pengumpulan data** adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
9. **Periode analisis** adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
10. **Pembilang (numerator)** adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
11. **Penyebut (denominator)** adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

12. **Standar** adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
13. **Sumber data** adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM

Di dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. **Konsensus**, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
2. **Sederhana**, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
3. **Nyata**, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. **Terukur**, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif;
5. **Terbuka**, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
6. **Terjangkau**, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
7. **Akuntabel**, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik;
8. **Bertahap**, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

E. Landasan hukum:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 142, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5061);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2009 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2011;
11. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementrian Negara RI sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 62 Tahun 2005;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
15. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575 / Menkes / SK / II / 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 / MenKes/ SK/ III 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 61 / Menkes / SK / I / 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Propinsi, Kabupaten / Kota dan Rumah Sakit.

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

1. Bab I Pendahuluan yang terdiri dari;
 - a. Latar Belakang
 - b. Maksud dan Tujuan
 - c. Pengertian umum dan khusus
 - d. Landasan Hukum
2. Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3. Bab III Metodologi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
4. Bab III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit terdiri dari;
 - a. Jenis Pelayanan
 - b. Penjelasan SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar
5. Penutup
6. Lampiran

BAB III METODE PENYUSUNAN SPM RUMAH SAKIT

3.1 Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini untuk data primer metode pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, studi dokumentasi dan observasi. Secara rinci pengumpulan datanya sebagai berikut:

a. Wawancara Mendalam

Wawancara ini digunakan untuk memperoleh gambaran tentang pelaksanaan kegiatan bidang kesehatan, capaian dan kendala dalam pelaksanaan.

b. Studi Dokumentasi

Teknik pengumpulan ini digunakan untuk memperoleh data tentang capaian kegiatan dibidang kesehatan selama 5 tahun terakhir ini di Kabupaten Pemalang.

3.2 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan alat analisis trend *last square*. Pengertian Analisis trend merupakan suatu metode analisis yang ditujukan untuk melakukan suatu estimasi atau peramalan pada masa yang akan datang. Untuk melakukan peramalan dengan baik maka dibutuhkan berbagai macam informasi (data) yang cukup banyak dan diamati dalam periode waktu yang relatif cukup panjang, sehingga dari hasil analisis tersebut dapat diketahui sampai berapa besar fluktuasi yang terjadi dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terhadap perubahan tersebut. Secara teoritis, dalam analisis time series yang paling menentukan adalah kualitas atau keakuratan dari informasi atau data-data yang diperoleh serta waktu atau periode dari data-data tersebut dikumpulkan.

Analisis trend ini hanya dilakukan pada data rumah sakit yang belum mencapai target SPM. Sedangkan data indikator rumah sakit yang sudah mencapai target SPM tidak dilakukan analisis trend.

3.3 Penyusunan SPM Rumah Sakit

Dalam proses penyusunan SPM rumah sakit di Kabupaten Pemalang melalui langkah-langkah sebagai berikut:

1. Mengkaji standar jenis pelayanan dasar yang sudah ada dan/atau standar teknis yang mendukung penyelenggaraan jenis pelayanan dasar.
2. Menyelaraskan jenis pelayanan dasar dengan pelayanan dasar yang tertuang dalam RPJMD, RKP dan dokumen kebijakan, serta konvensi/perjanjian internasional.
3. Menganalisa dampak, efisiensi, dan efektivitas dari pelayanan dasar terhadap kebijakan dan pencapaian tujuan nasional.
4. Menganalisis dampak kelembagaan dan personil.
5. Mengkaji status pelayanan dasar saat ini, termasuk tingkat pencapaian tertinggi secara nasional dan daerah.

6. Menyusun rancangan SPM.
7. Menganalisis pembiayaan pencapaian SPM (dampak keuangan).
8. Menganalisis data dan informasi yang tersedia di rumah sakit

BAB IV

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

A. Jenis-jenis pelayanan rumah sakit

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Hemodialisa
11. Pelayanan farmasi
12. Pelayanan gizi
13. Pelayanan transfusi darah
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegahan Pengendalian Infeksi

B. Penjelasan SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

I. Gawat Darurat

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan gawat darurat terdiri dari 8 (Delapan) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

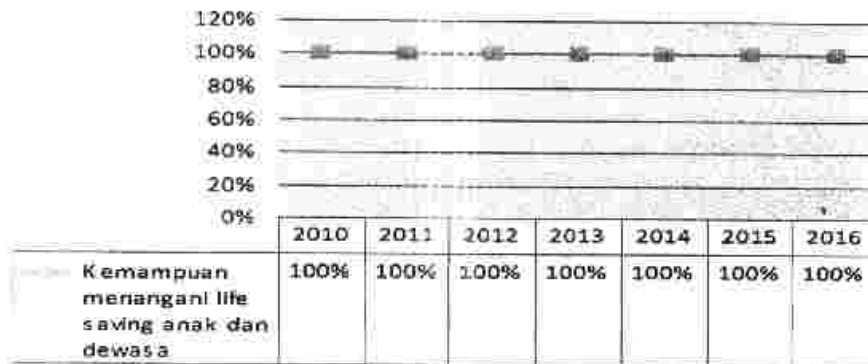
1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

Tujuan indikator ini untuk melihat gambaran kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat. Pengertian dari *life saving* adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *airway, breath, circulation*. Untuk SPM indikator kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai

dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kemampuan menangani life saving anak dan dewasa bisa dilihat pada gambar 1.1 dibawah ini

Gambar 1.1

Capaian dan Target SPM Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



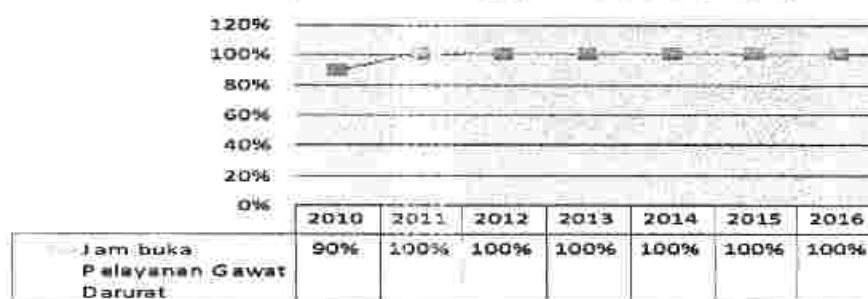
Dari tahun 2011-2016 target kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat

Tujuan indikator ini supaya tersedia pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit. Pengertian dari jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh. Untuk SPM indikator jam buka pelayanan gawat darurat di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 90% ini berarti masih dibawah SPM (target SPM 100%). Angka pencapaian dan target SPM jam buka pelayanan gawat darurat tahun 2011-2016 bisa dilihat pada gambar 1.2 dibawah ini:

Gambar 1.2

Capaian dan Target SPM jam buka pelayanan gawat darurat RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



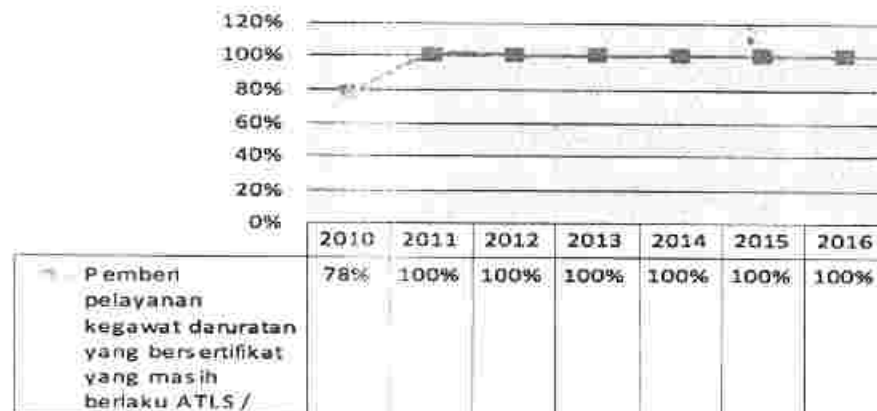
Dari tahun 2011-2016 target jam buka pelayanan gawat darurat adalah 100%, hal ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTLS/ACIS/PPGD

Tujuan indikator ini supaya tersedia pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan. Pengertian dari tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD. Untuk SPM indikator pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTLS/ACIS/PPGD di RSUD

Kabupaten Pemalang tahun 2010 baru tercapai sebesar 78% ini berarti masih dibawah SPM (target SPM 100%). Angka pencapaian dan target SPM pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACIS/ PPGD tahun 2011-2016 bisa dilihat pada gambar 1.3 dibawah ini.

Gambar 1.3
Capaian dan Target SPM Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTLIS/ACIS / PPGD RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

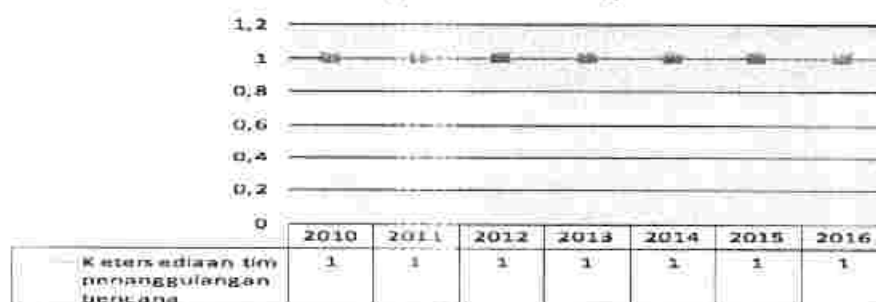


Dari tahun 2011-2016 target pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTLIS/ACIS / PPGD adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Tujuan indikator ini untuk melihat kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana. Pengertian dari tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi. Untuk SPM indikator ketersediaan tim penanggulangan bencana di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sudah ada 1 tim ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM ketersediaan tim penanggulangan bencana tahun 2011-2016 bisa dilihat pada gambar 1.4 dibawah ini

Gambar 1.4
Capaian dan Target SPM Ketersediaan tim penanggulangan Bencana RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

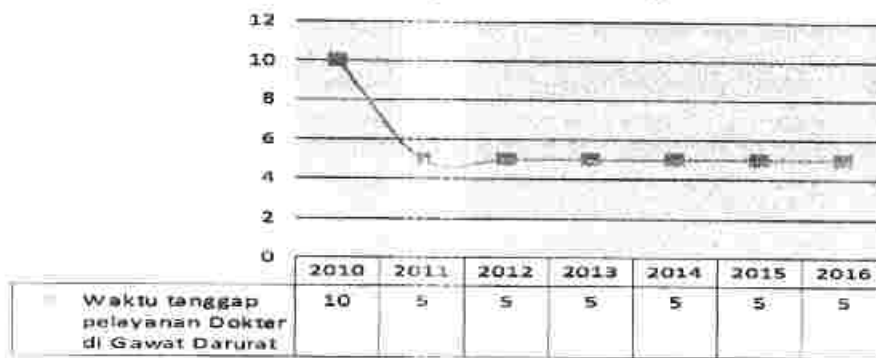


Dari tahun 2011-2016 target ketersediaan tim penanggulangan bencana adalah 1 tim ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Tujuan indikator ini terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat. Pengertian dari kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter. Untuk SPM indikator waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat pada RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 masih 10 menit ini berarti belum sesuai dengan SPM (target 5 menit). Angka pencapaian dan target SPM waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat tahun 2011-2016 bisa dilihat pada gambar 1.5 dibawah ini.

Gambar 1.5
Capaian dan Target SPM Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

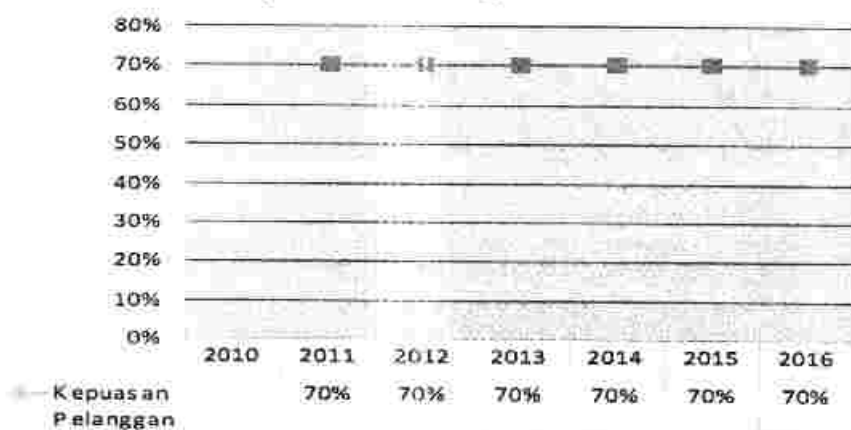


Dari tahun 2011-2016 target waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat adalah 5 menit, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

6. Kepuasan Pelanggan di Gawat darurat

Tujuan indikator ini supaya terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pada pelanggan. Pengertian dari kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan pada pelayanan gawat darurat. Untuk SPM indikator kepuasan pelanggan di gawat darurat di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 belum ada data. Angka target SPM kepuasan pelanggan di gawat darurat tahun 2011-2016 bisa dilihat pada gambar 1.6 dibawah ini :

Gambar 1.6
Capaian dan Target SPM Kepuasan Pelanggan RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

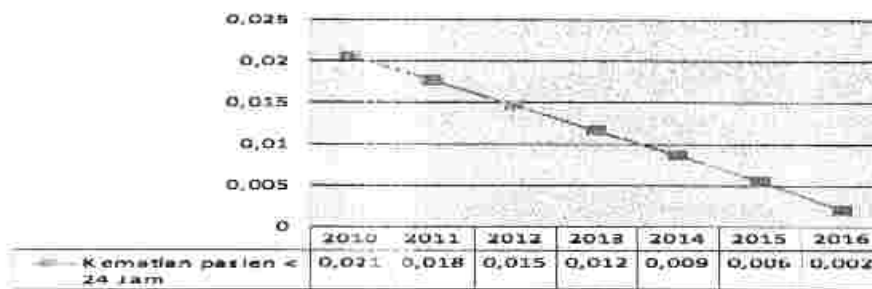


Dari tahun 2011-2016 target SPM kepuasan pelanggan di gawat darurat adalah 70%, ini berarti target sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

7. Kematian pasien kurang dari 24 Jam

Tujuan indikator ini adalah terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat. Pengertian dari kematian 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang ke RS. Untuk SPM indikator kematian pasien kurang dari 24 jam di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 0,0206 ini berarti masih dibawah SPM. Angka pencapaian dan target SPM kematian pasien kurang dari 24 jam tahun 2011-2016 bisa dilihat pada gambar 1.7 dibawah ini

Gambar 1.7
Capaian dan Target SPM Kematian pasien < 24 Jam
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

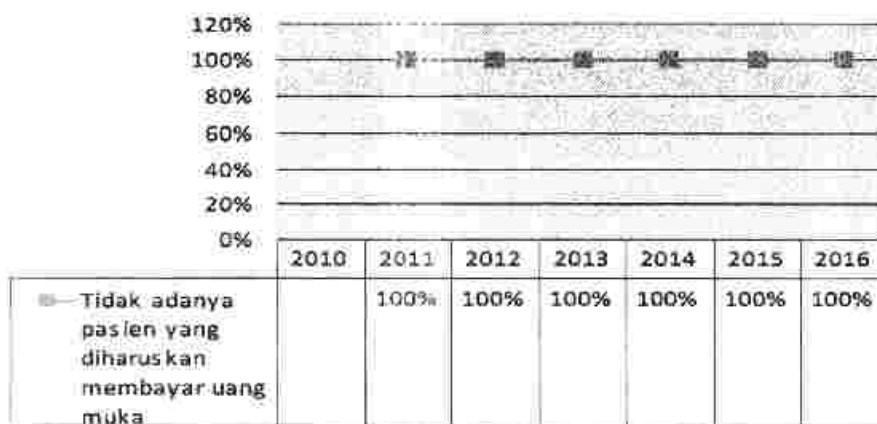


Dari tahun 2011-2016 target SPM kematian pasien kurang dari 24 jam semakin turun hingga sesuai target SPM RSU 0,002% baru di capai di tahun 2016

8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

Tujuan indikator ini adalah supaya terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat. Pengertian dari uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan. Untuk SPM indikator tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 belum ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 1.8 dibawah ini :

Gambar 1.8
Capaian dan Target SPM Tidak adanya pasien yang diharuskan
membayar uang muka RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

II. Pelayanan Rawat Jalan

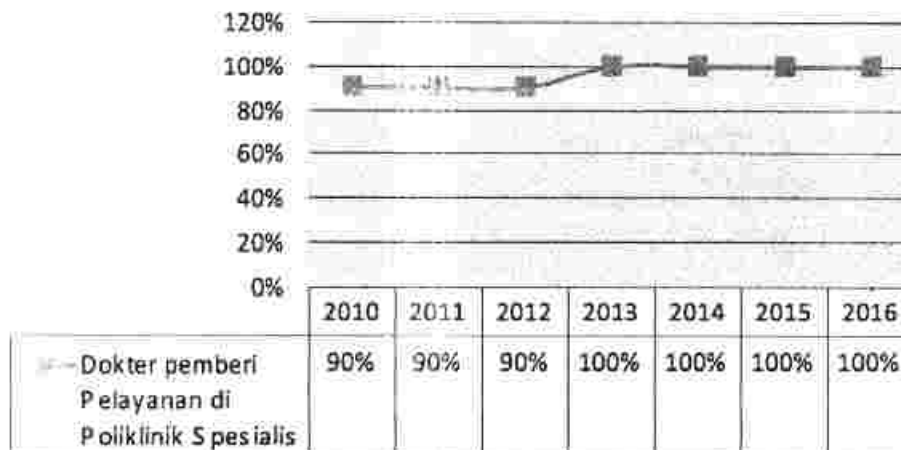
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan rawat jalan terdiri dari 6 (enam) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten. Pengertian klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter dpesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan spesial privilege yang diberikan). Untuk capaian SPM indikator dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 90%, ini masih dibawah target SPM RSU. Angka pencapaian dan target SPM dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini:

Gambar 2.1

Capaian dan Target SPM Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

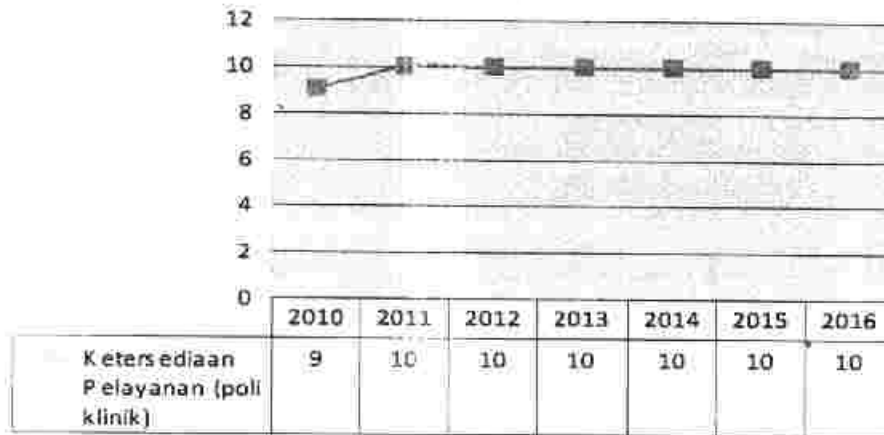


Dari tahun 2011-2016 target SPM dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis terus meningkat hingga sesuai dengan target SPM RSU yaitu 100%, ini baru dicapai tahun 2013 dan tahun berikutnya tinggal mempertahankannya.

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit. Pengertian dari pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut. Untuk pencapaian SPM RSU indikator ketersediaan pelayanan rawat jalan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 9 poliklinik ini berarti sudah melampaui SPM RSU yang hanya 4 Poliklinik. Angka pencapaian dan target SPM ketersediaan pelayanan rawat jalan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 1.1 dibawah ini

Gambar 2.2
Capaian dan Target SPM Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

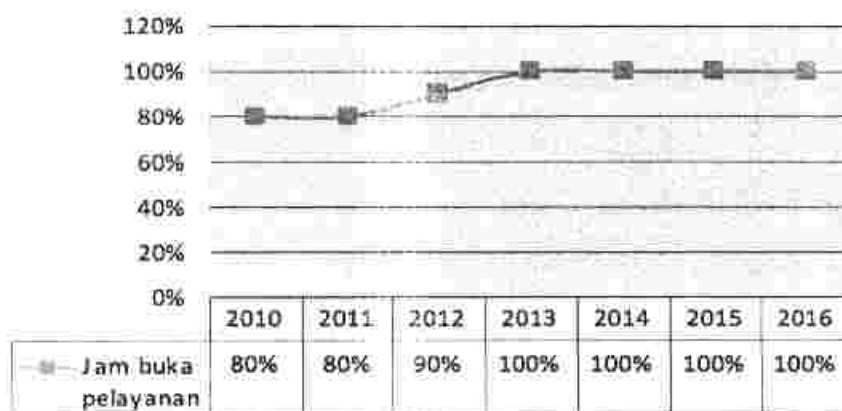


Dari tahun 2011-2016 target SPM ketersediaan pelayanan rawat jalan adalah 10 poliklinik, ini berarti telah melebihi target SPM rumah sakit dari Menkes.

3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja disetiap rumah sakit. Pengertian dari jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali hari Jum'at. Untuk capaian SPM RS indikator jam buka pelayanan rawat jalan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 80% ini berarti masih dibawah target SPM RS. Angka pencapaian dan target SPM jam buka pelayanan rawat jalan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 2.3 dibawah ini:

Gambar 2.3
Capaian dan Target SPM Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



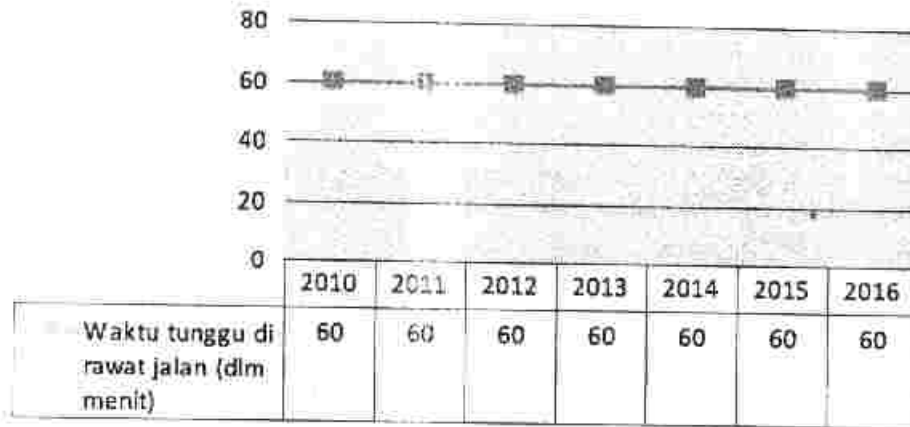
Dari tahun 2011-2012 target SPM jam buka pelayanan rawat jalan meningkat terus hingga 100% ini baru dicapai pada tahun 2013.

4. Waktu Tunggu di rawat Jalan

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja disetiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien. Pengertian dari waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis. Untuk capaian SPM RS indikator waktu tunggu di rawat jalan di RSUD Kabupaten Pemalang

tahun 2010 sebesar 60 menit ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM waktu tunggu di rawat jalan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 2.4 dibawah ini :

Gambar 2.4
Capaian dan Target SPM Waktu Tunggu di rawat Jalan
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

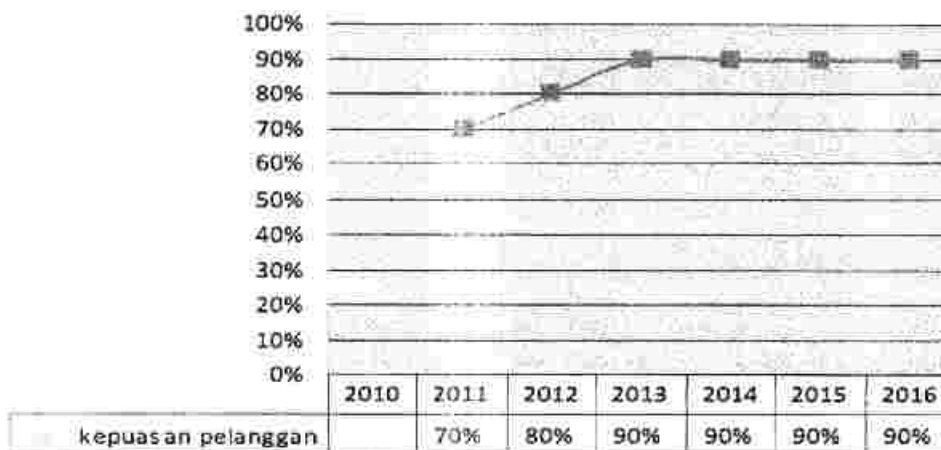


Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu tunggu di rawat jalan adalah 60 menit, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

5. Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan

Tujuan indikator ini adalah supaya terselenggara pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pada pelanggan. Pengertian dari Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan pada rawat jalan. Untuk capaian SPM RS indikator kepuasan pelanggan di rawat jalan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kepuasan pelanggan di rawat jalan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 2.5 dibawah ini :

Gambar 2.5
Capaian dan Target SPM Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



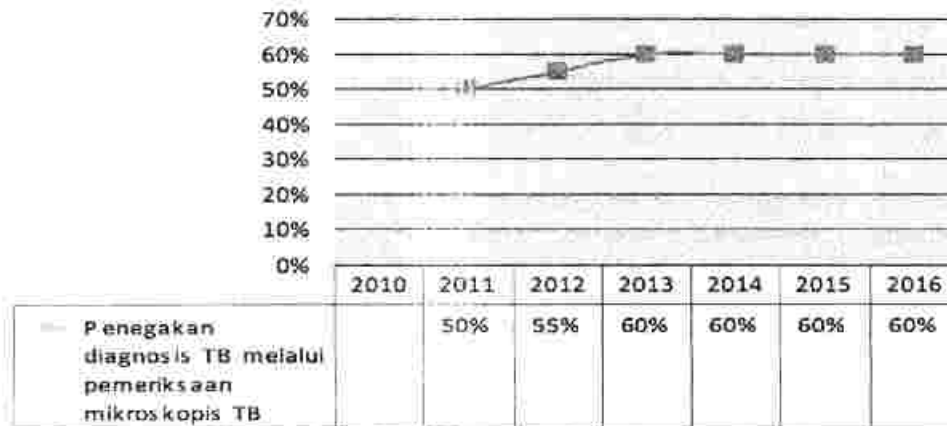
Dari tahun 2011-2016 target SPM kepuasan pelanggan di rawat jalan terus meningkat hingga 100%, ini sudah sesuai dengan SPM rumah sakit dicapai pada tahun 2013.

6.a. Penegakan Diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Tujuan indikator ini adalah supaya terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan. Untuk pencapaian SPM RS indikator penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya.. Angka pencapaian dan target SPM penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 2.6.a dibawah ini :

Gambar 2.6.a

Capaian dan Target SPM Penegakan Diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



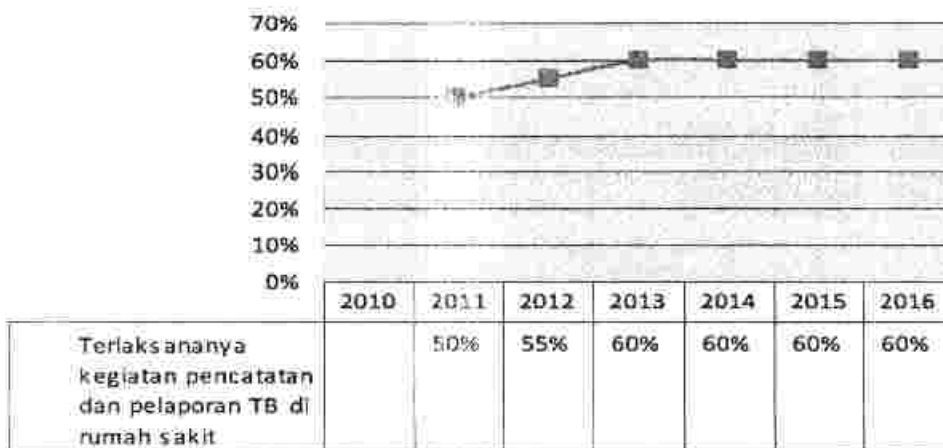
Dari tahun 2011-2016 target SPM penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB terus meningkat hingga 60% ini dicapai di tahun 2013.

6.b. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia data pencatatan dan pelaporan tb di rumah sakit. Pencatata dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit. Untuk SPM indikator kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 2.6.b dibawah ini :

Gambar 2.6.b

Capaian dan Target SPM Kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit terus meningkat hingga 60% ini dicapai di tahun 2013.

III. Pelayanan Rawat Inap

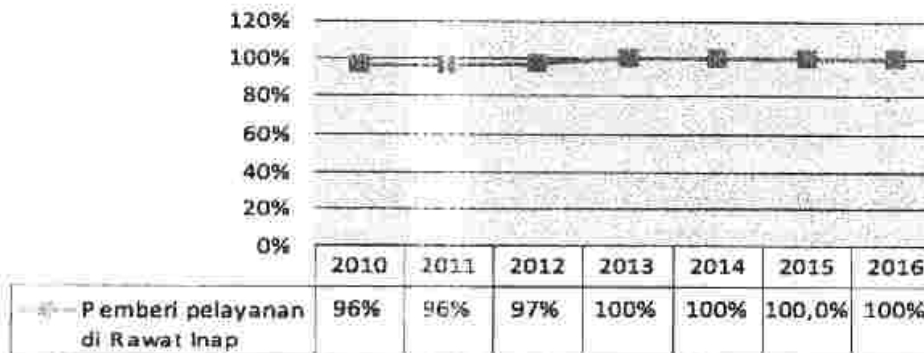
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan rawat inap terdiri dari 6 (enam) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap (Pemberian Pelayanan Persalinan dengan Penyulit)

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten. Pengertian dari pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklamsia dan pre-eklamsia berat, tali pusat menubung. Untuk capaian SPM RS indikator Pemberi pelayanan di Rawat Inap (Persalinan dengan Penyulit) di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 96% ini masih dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target SPM Pemberi pelayanan di rawat inap (Persalinan dengan Penyulit) tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.1 dibawah ini :

Gambar 3.1

Capaian dan Target SPM Pemberi pelayanan di Rawat Inap
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

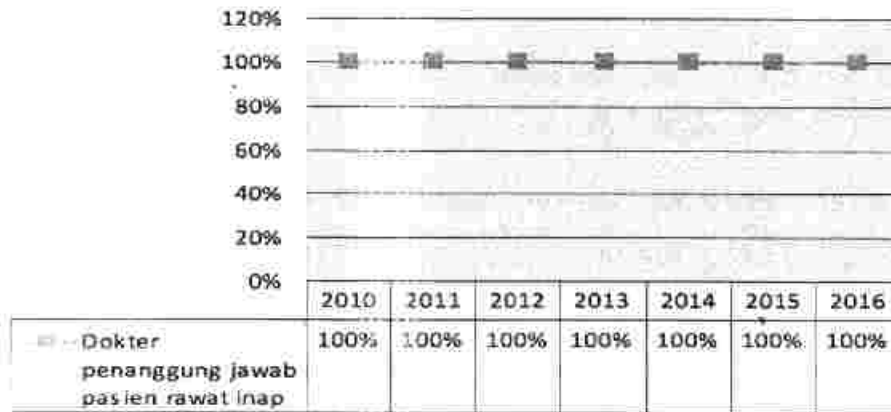


Dari tahun 2011-2016 target SPM Pemberi pelayanan di Rawat Inap (Persalinan dengan Penyulit) terus meningkat hingga 100% ini dicapai tahun 2013 berarti sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia pelayanan rumah sakit yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan. Pengertian dari penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasi kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien. Untuk capaian SPM RS indikator dokter penanggung jawab pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM dokter penanggung jawab pasien rawat inap tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.2 dibawah ini :

Gambar 3.2
Capaian dan Target SPM Dokter penanggung jawab pasien rawat inap RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

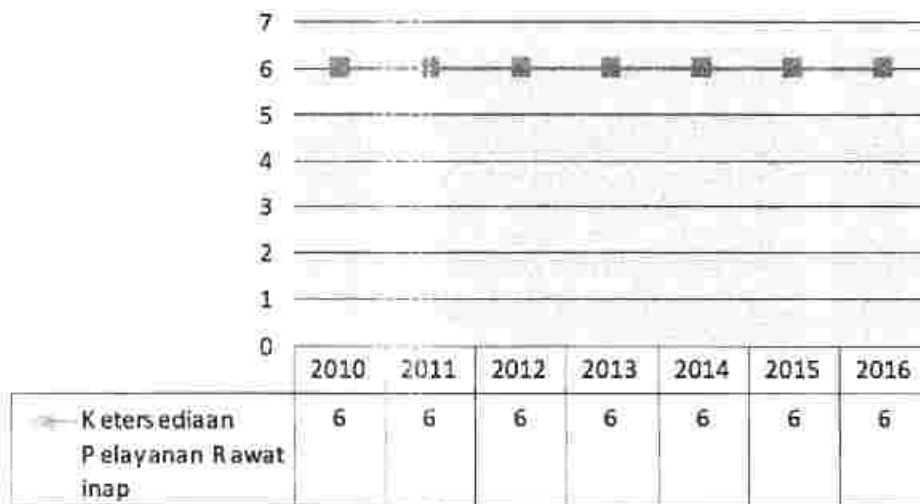


Dari tahun 2011-2016 target SPM dokter penanggung jawab pasien rawat inap adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat inap

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit. Pengertian dari pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut. Untuk pencapaian SPM RS indikator ketersediaan pelayanan rawat inap di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 6 jenis rawat inap ini berarti melebihi target SPM RS yang hanya 4 jenis rawat inap. Angka pencapaian dan target SPM ketersediaan pelayanan rawat inap tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.3 dibawah ini :

Gambar 3.3
Capaian dan Target SPM Ketersediaan Pelayanan Rawat inap RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



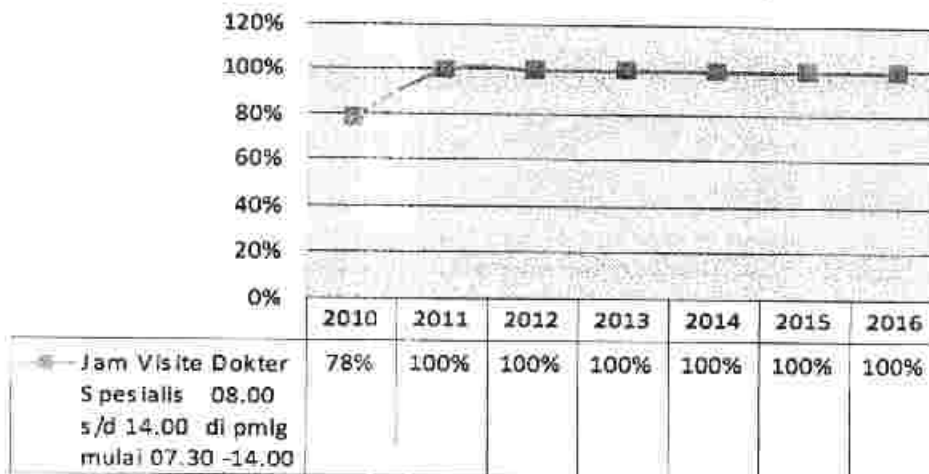
Dari tahun 2011-2016 target SPM ketersediaan pelayanan rawat inap adalah 6 jenis rawat inap, ini berarti melebihi target target SPM rumah sakit dari Menkes

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan. Pengertian dari visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis

setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00. Untuk SPM indikator jam visite dokter spesialis di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 78% ini berarti dibawah target SPM RS yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM jam visite dokter spesialis tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.4 dibawah ini :

Gambar 3.4
Capaian dan Target SPM Jam Visite Dokter Spesialis
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

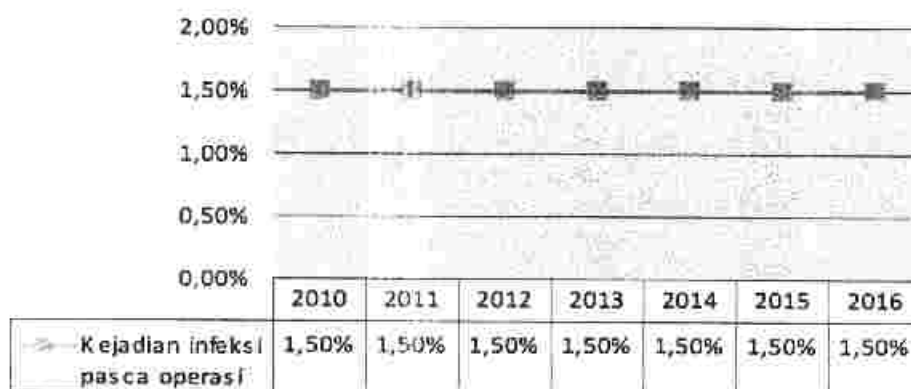


Dari tahun 2011-2016 target SPM jam visite dokter spesialis adalah terus meningkat hingga 100% pada tahun 2011, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar. Pengertian dari infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor) dan keluaran nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam. Untuk capaian SPM RS indikator kejadian infeksi pasca operasi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 1,5 % ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kejadian infeksi pasca operasi tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 3.5 dibawah ini :

Gambar 3.5
Capaian dan Target SPM Kejadian Infeksi Pasca Operasi
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



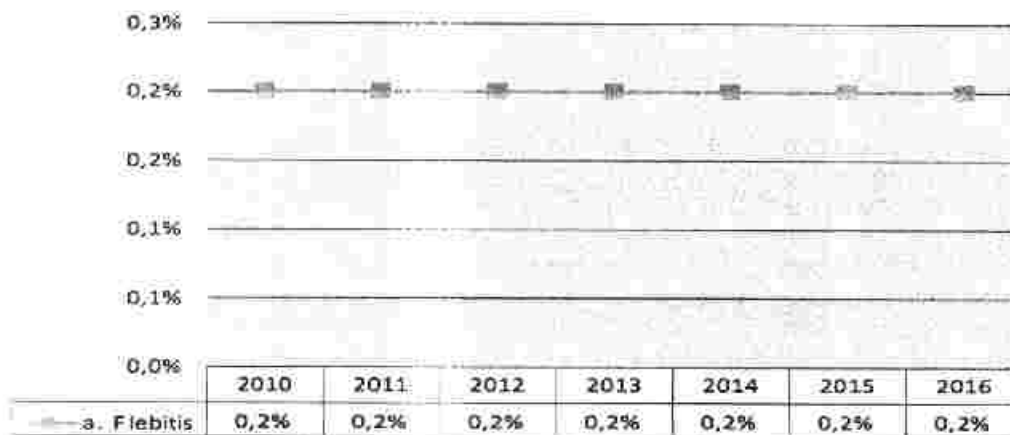
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian infeksi pasca operasi adalah 1,5%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

6. Kejadian Infeksi Nosokomial

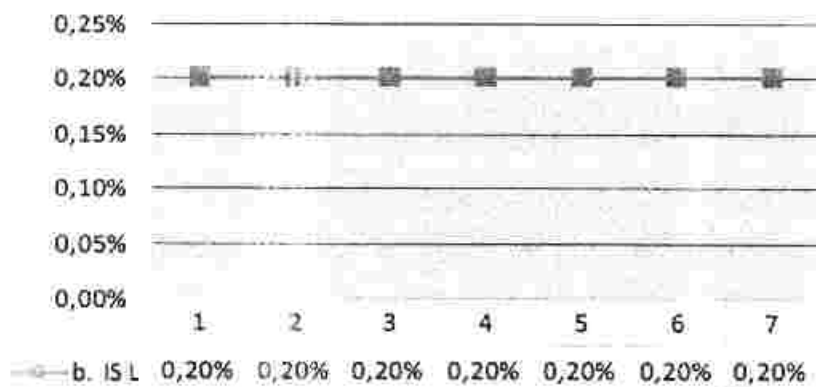
Tujuan indikator ini adalah mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit. Pengertian dari infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitas, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi. Angka pencapaian dan target SPM kejadian infeksi nosokomial tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.6 dibawah ini :

Gambar 3.6

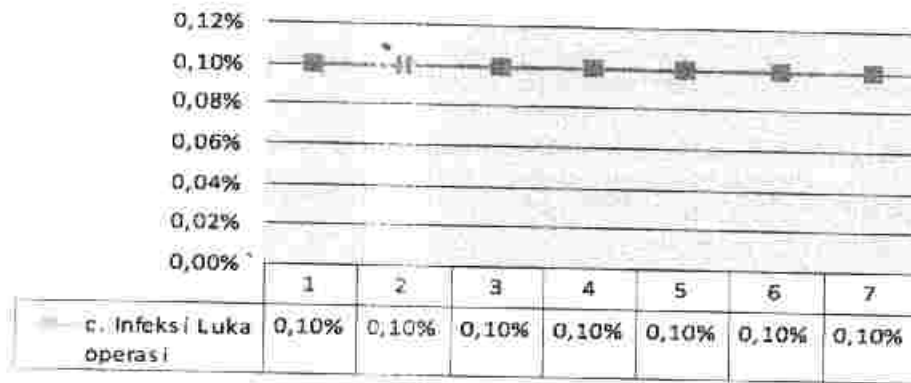
Capaian dan Target SPM Kejadian Infeksi Nosokomial (Flebitis, ISL, Infeksi luka operasi, Sepsis, pneumonia,dekubitas)
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



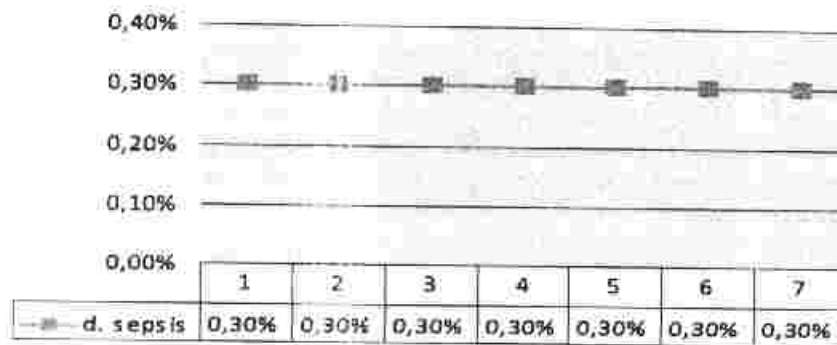
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian infeksi pasca operasi (flebitis) adalah 0,2%, ini berarti melebihi target SPM rumah sakit yaitu 1,5%



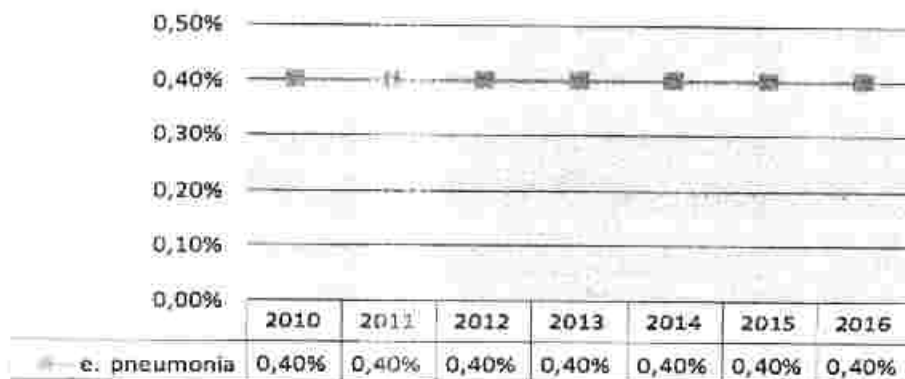
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian infeksi pasca operasi (ISL) adalah 0,2%, ini berarti melebihi target SPM rumah sakit yaitu 1,5%



Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian infeksi pasca operasi (Infeksi luka operasi) adalah 0,1%, ini berarti melebihi target SPM rumah sakit yaitu 1,5%



Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian infeksi pasca operasi (sepsis) adalah 0,3%, ini berarti melebihi target SPM rumah sakit yaitu 1,5%



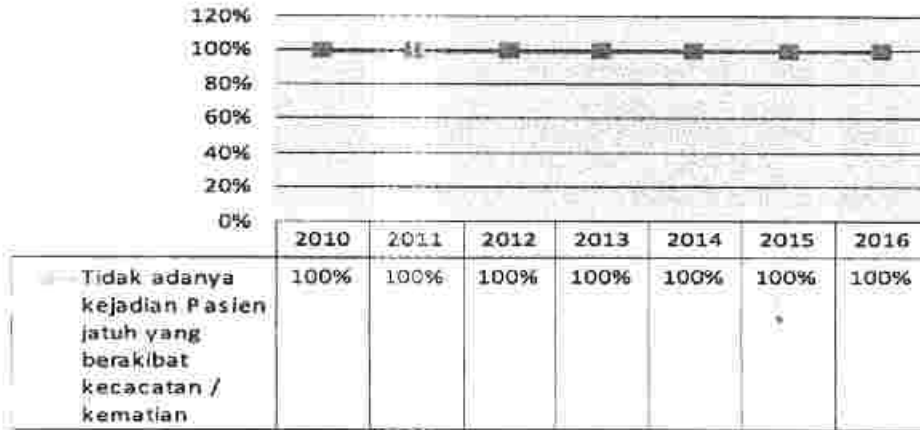
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian infeksi pasca operasi (pneomonia) adalah 0,4%, ini berarti melebihi target SPM rumah sakit yaitu 1,5%

7. Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan / Kematian

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien. Pengertian dari kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian. Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.6 dibawah ini :

Gambar 3.7

Capaian dan Target SPM Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan / Kematian RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



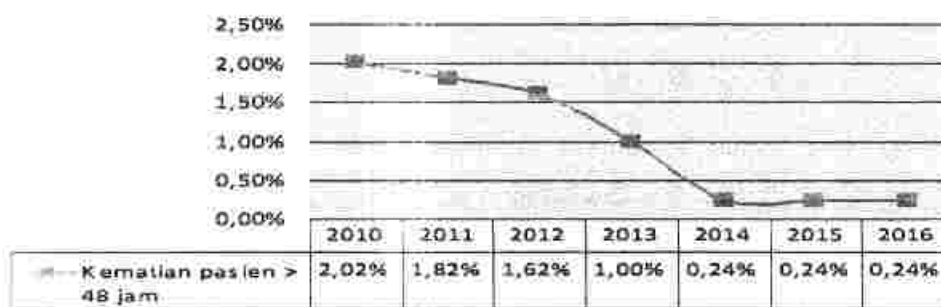
Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

8. Kematian pasien lebih dari 48 jam

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif. Pengertian dari kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam, barulah pasien rawat inap masuk rumah sakit. Untuk pencapaian SPM RS indikator kematian pasien lebih dari 48 jam di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 baru sebesar 2,02% ini berarti masih tidak sesuai dengan target SPM RS. Angka pencapaian dan target SPM kematian pasien lebih dari 48 jam tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.6 dibawah ini :

Gambar 3.8

Capaian dan Target SPM Kematian pasien > 48 jam RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kematian pasien lebih dari 48 jam ditargetkan terus menurun hingga 0,24%, ini ditargetkan di capai pada tahun 2016.

9. Kejadian Pulang Paksa

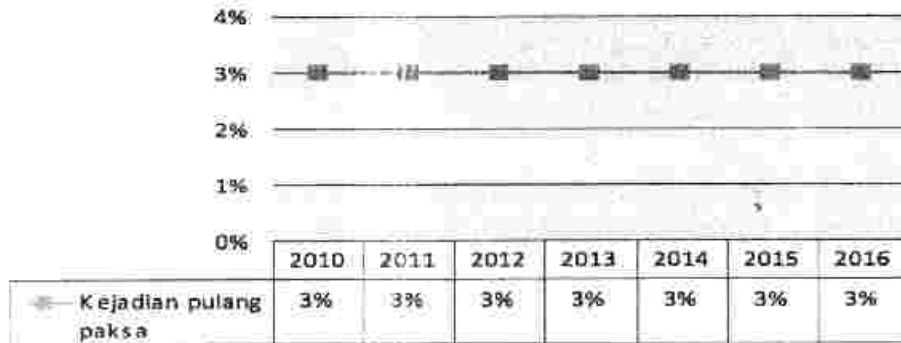
Tujuan indikator ini adalah tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit. Pengertian dari pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan oleh dokter. Untuk pencapaian SPM RS indikator kejadian pulang paksa di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 3% ini berarti sudah melebihi target SPM RS.

40

Angka pencapaian dan target SPM kejadian pulang paksa tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 3.6 dibawah ini :

Gambar 3.9

**Capaian dan Target SPM Kejadian Pulang Paksa
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016**



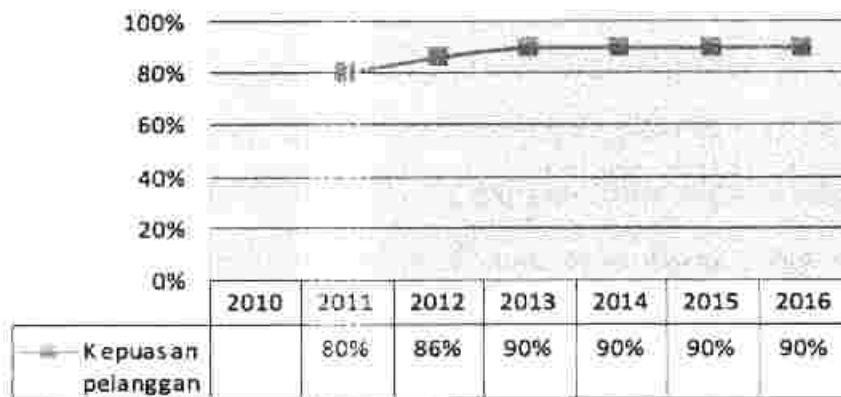
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian pulang paksa adalah 3%, ini sudah melebihi target SPM rumah sakit dari Menkes

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap. Pengertian dari kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan oleh pelayanan rawat inap. Untuk pencapaian SPM RS indikator kepuasan pelanggan di rawat inap di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kepuasan pelanggan di rawat inap tahun 2010 – 2016 bisa dilihat pada gambar 3.6 dibawah ini :

Gambar 3.10

**Capaian dan Target SPM Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016**



Dari tahun 2011-2016 target SPM kepuasan pelanggan di rawat inap terus meningkat hingga 90% pada tahun 2013, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

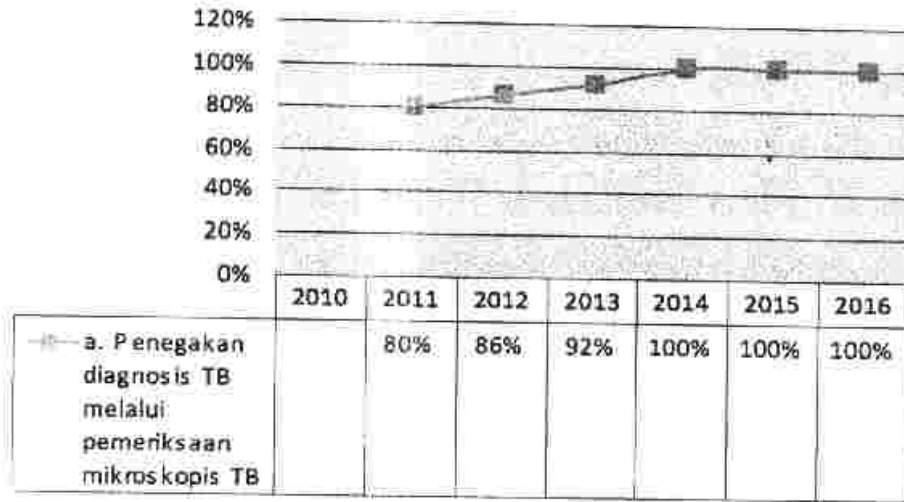
11. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Tujuan indikator ini adalah supaya terlaksana diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap. Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit. Untuk pencapaian SPM RS indikator penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RSUD Kabupaten

Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.11.a dibawah ini :

Gambar 3.11.a

Capaian dan Target SPM Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



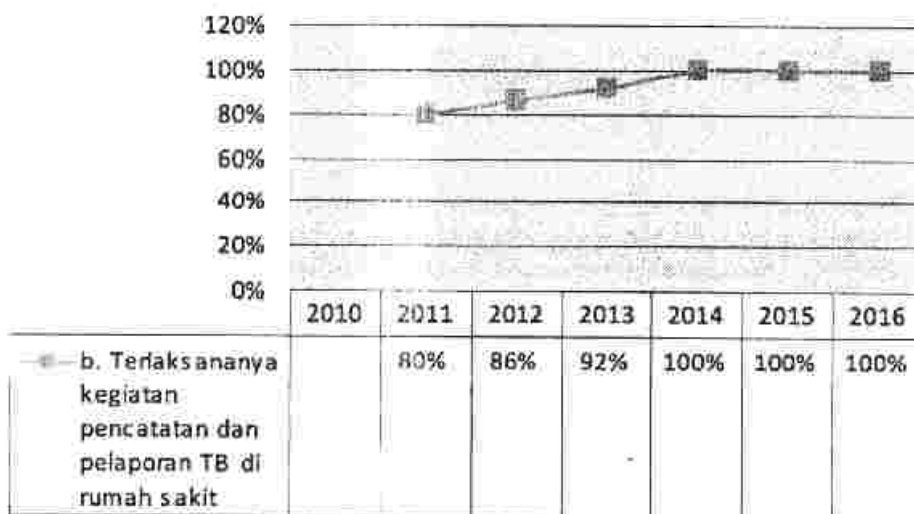
Dari tahun 2011-2016 target SPM penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB terus meningkat hingga 100% pada tahun 2014, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

11. b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit. Untuk pencapaian SPM RS indikator terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.11.b dibawah ini :

Gambar 3.11.b

Capaian dan Target SPM Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



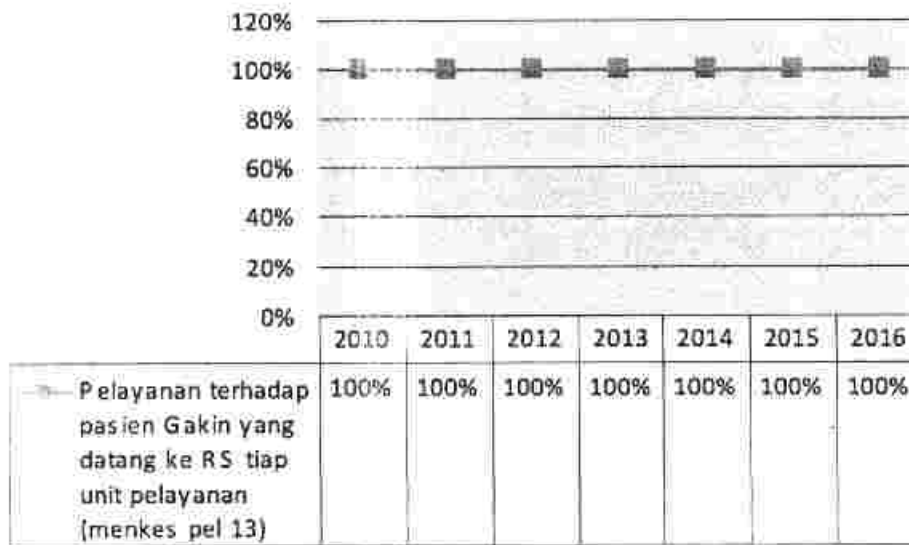
Dari tahun 2011-2016 target SPM terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB terus meningkat hingga 100% pada tahun 2014, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

12. Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS tiap unit pelayanan

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin. Pasien keluarga miskin (Gakin) adalah pasien pemegang kartu askeskin. Untuk pencapaian SPM RS indikator pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS tiap unit pelayanan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS tiap unit pelayanan.. tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.12 dibawah ini :

Gambar 3.12

Capaian dan Target SPM Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS tiap unit pelayanan RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS tiap unit pelayanan adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

13. Kelengkapan syarat administrasi pasien Gakin rawat inap selesai dlm waktu < 2hari

Untuk pencapaian SPM RS indikator kelengkapan syarat administrasi pasien Gakin rawat inap selesai dlm waktu < 2hari di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya., Angka pencapaian dan target SPM kelengkapan syarat administrasi pasien Gakin rawat inap selesai dlm waktu < 2hari tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 3.6 dibawah ini :

Gambar 3.13
Capaian dan Target SPM Kelengkapan syarat administrasi pasien Gakin rawat inap selesai dlm waktu < 2hari



Dari tahun 2011-2016 target SPM kelengkapan syarat administrasi pasien Gakin rawat inap selesai dlm waktu < 2hari adalah 80%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

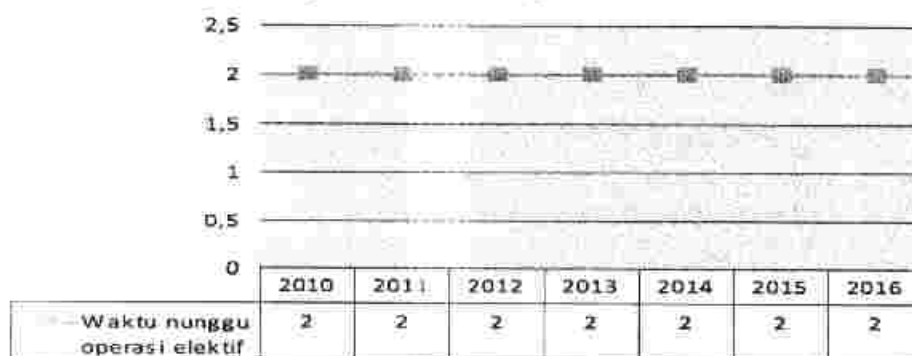
IV. Bedah Sentral

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan bedah sentral terdiri dari 7 (tujuh) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah. Pengertian dari waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu tunggu operasi elektif di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 2 hari ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM waktu tunggu operasi elektif tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 4.1 dibawah ini :

Gambar 4.1
Capaian dan Target SPM Waktu Tunggu Operasi Elektif
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

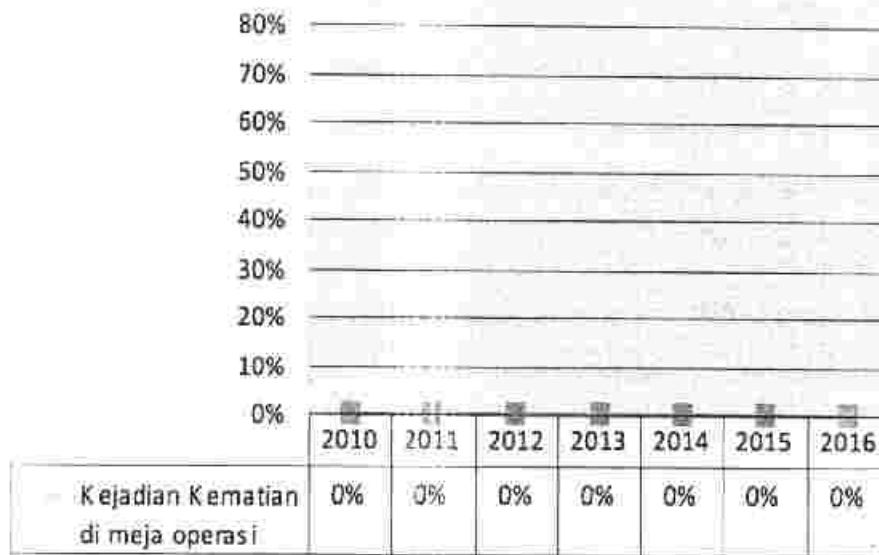


Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu tunggu operasi elektif adalah 2 hari, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Tujuan indikator ini adalah tergambarkannya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien. Pengertian dari kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan. Untuk pencapaian SPM RS indikator kejadian kematian yang terjadi di atas meja operasi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 0% ini berarti sudah melebihi target SPM RS yaitu 1%. Angka pencapaian dan target SPM kejadian kematian yang terjadi di atas meja operasi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 4.2 dibawah ini :

Gambar 4.2
Capaian dan Target SPM Kejadian Kematian di Meja Operasi
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

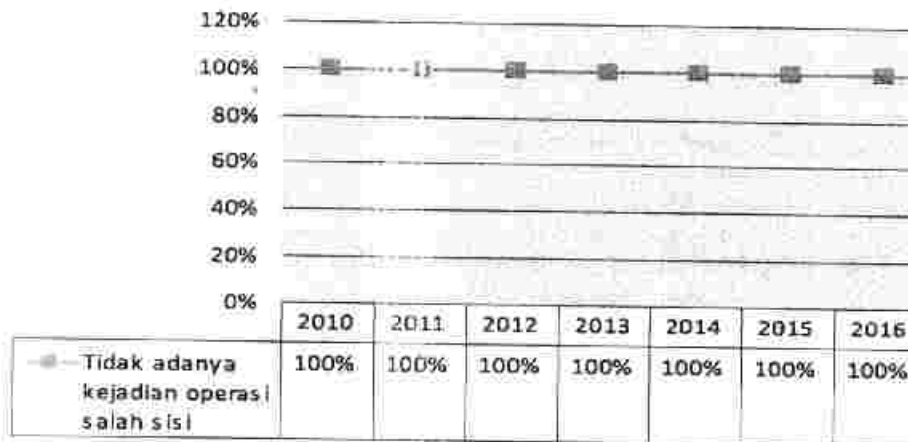


Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian kematian yang terjadi di atas meja operasi adalah 0%, ini melebihi target SPM rumah sakit dari Menkes.

3. Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Tujuan indikator ini adalah tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien. Pengertian dari kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi pada sisi kiri atau sebaliknya. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kejadian operasi salah sisi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kejadian operasi salah sisi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 4.3 dibawah ini :

Gambar 4.3
Capaian dan Target SPM Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

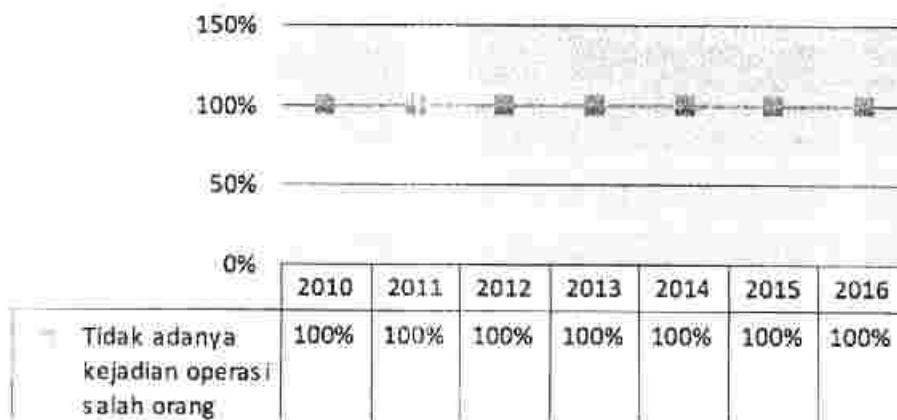


Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kejadian operasi salah sisi adalah 100%, ini sudah sesuai dengan SPM rumah sakit dari Menkes

4. Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Tujuan indikator ini adalah tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien. Pengertian dari Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kejadian operasi salah orang di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kejadian operasi salah orang tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 4.4 dibawah ini :

Gambar 4.4
Capaian dan Target SPM Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Orang
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



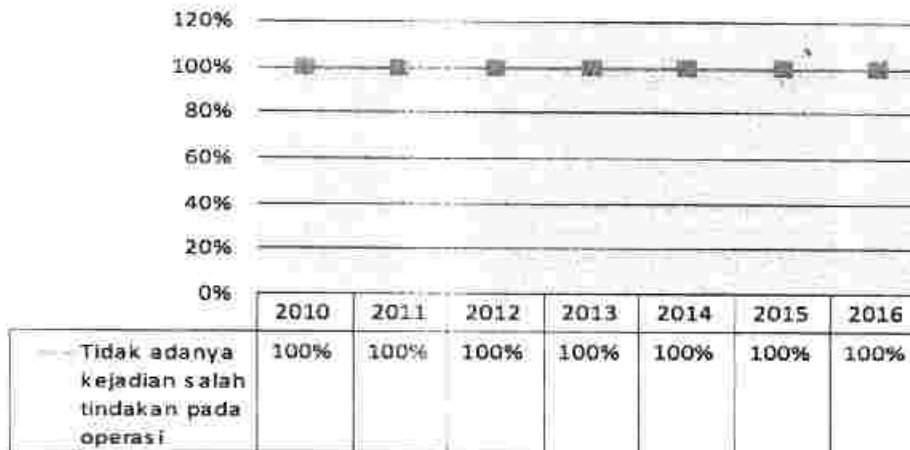
Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kejadian operasi salah orang adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

5. Tidak adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

Tujuan indikator ini adalah tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan. Pengertian dari kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai

dengan yang direncanakan. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 4.5 dibawah ini :

Gambar 4.5
Capaian dan Target SPM Tidak adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

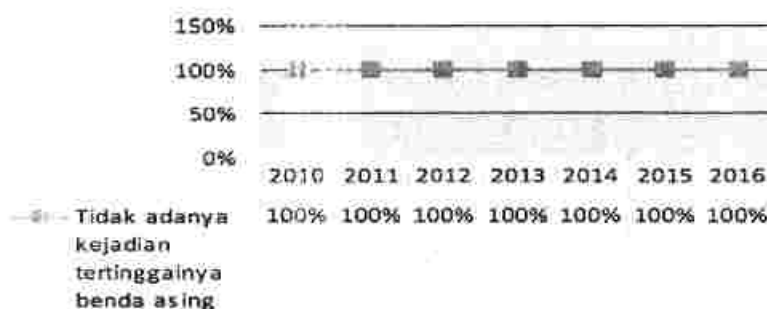


Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

6. Tidak adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Lain Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Tujuan indikator ini adalah tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi. Pengertian dari kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu pembedahan. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing di tubuh pasien setelah operasi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing di tubuh pasien setelah operasi tahun 2010 -2016 tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 4.6 dibawah ini :

Gambar 4.6
Capaian dan Target SPM Tidak adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Lain Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



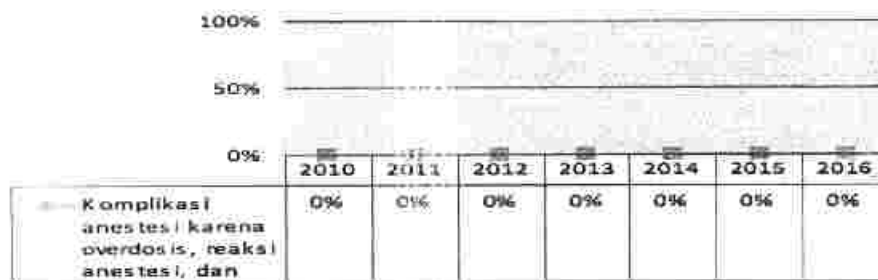
Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing di tubuh pasien setelah operasi adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

7. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi, dan salah Penempatan Endotracheal Tube

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung. Pengertian dari komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube. Untuk pencapaian SPM RS indikator komplikasi anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi, dan salah Penempatan *Endotracheal Tube* di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 0% ini berarti sudah melebihi SPM RS yang hanya 6%. Angka pencapaian dan target SPM komplikasi anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi, dan salah Penempatan *Endotracheal Tube* tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 4.7 dibawah ini :

Gambar 4.7

Capaian dan Target SPM Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi, dan salah Penempatan Endotracheal Tube RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM komplikasi anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi, dan salah Penempatan *Endotracheal Tube* adalah 0%, ini melebihi target SPM rumah sakit dari Menkes

V. Pelayanan Persalinan

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan persalinan terdiri dari 8 (delapan) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Tujuan indikator ini adalah untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan. Pengertian dari kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklamsia, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester ke dua, Pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :

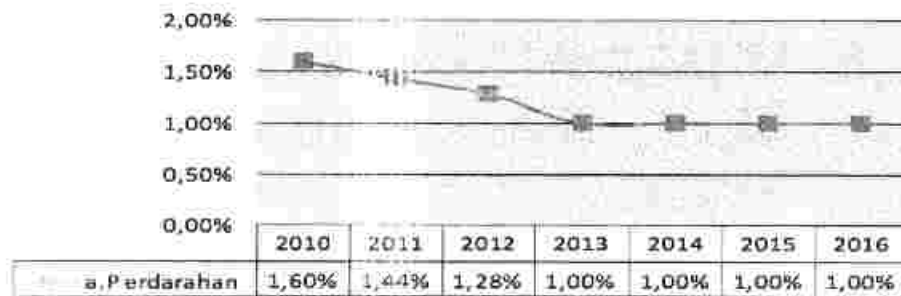
Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg

Protein urea > 5 gram / 24 jam 3 + / 4 + pada pemeriksaan kualitatif

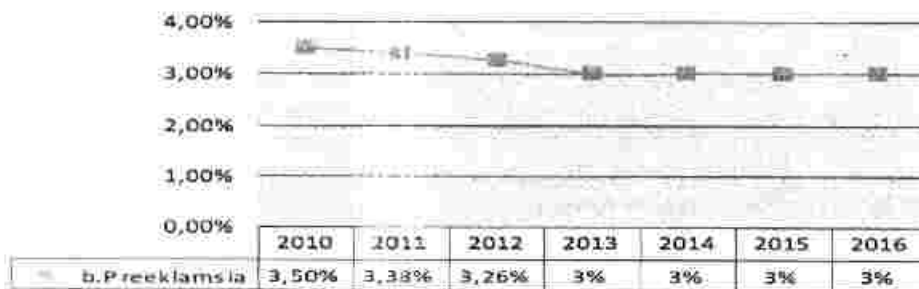
Oedem tungkai

Eklamsia adalah tanda pre-eklamsi 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. Untuk pencapaian SPM RS indikator kejadian kematian ibu karena persalinan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kejadian kematian ibu karena persalinan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.1 dibawah ini :

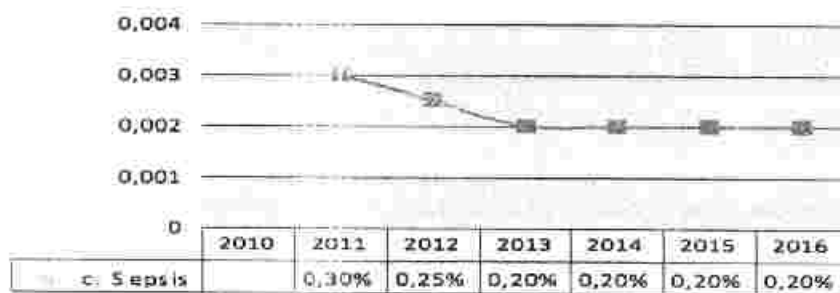
Gambar 5.1
Capaian dan Target SPM Kejadian Kematian Ibu Karena
Persalinan (Perdarahan, Preeklamsia, Sepsis) RSUD
Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian kematian ibu karena perdarahan terus ditingkatkan hingga mencapai 1% yang dicapai pada tahun 2016, ini sudah sesuai dengan SPM rumah sakit



Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian kematian ibu karena persalinan (preklamsia) terus ditingkatkan hingga mencapai 3%, ini dicapai pada tahun 2013 sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

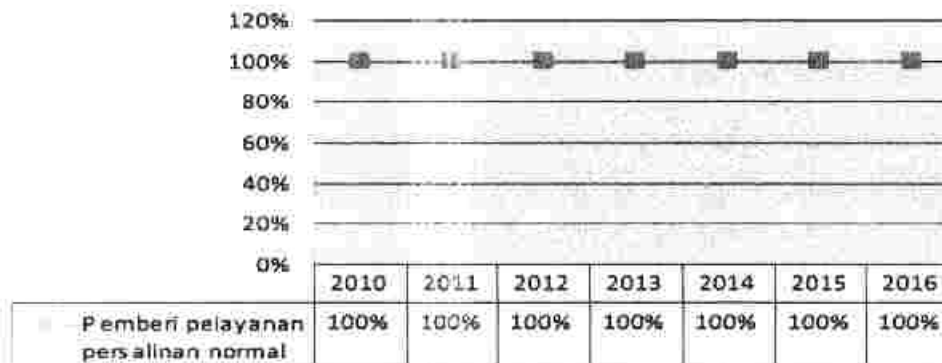


Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian kematian ibu karena persalinan (sepsis) terus ditingkatkan hingga mencapai 0,2% pada tahun 2013, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Tujuan indikator ini adalah tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten. Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan. Untuk pencapaian SPM RS indikator pemberian pelayanan persalinan normal di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM pemberian pelayanan persalinan normal tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.2 dibawah ini :

Gambar 5.2
Capaian dan Target SPM Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

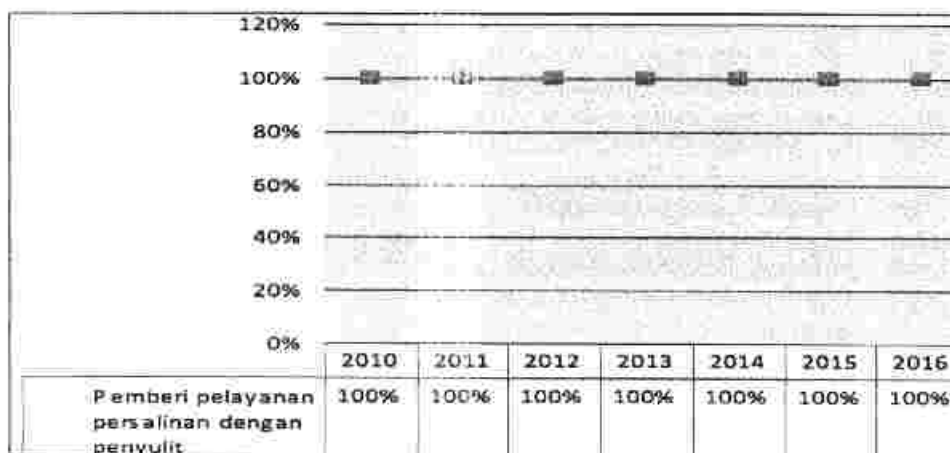


Dari tahun 2011-2016 target SPM pemberian pelayanan persalinan normal adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Tujuan indikator ini adalah tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten. Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D 3). Untuk pencapaian SPM RS indikator pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 5.3 dibawah ini :

Gambar 5.3
Capaian dan Target SPM Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



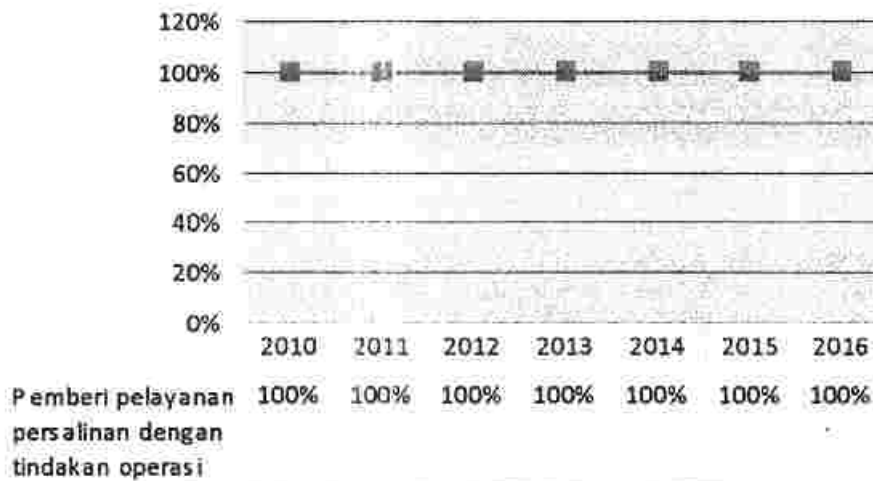
Dari tahun 2011-2016 target SPM pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Tujuan indikator ini adalah tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten. Pengertian dari pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi. Untuk pencapaian SPM RS indikator pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.4 dibawah ini :

Gambar 5.4

Capaian dan Target SPM Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

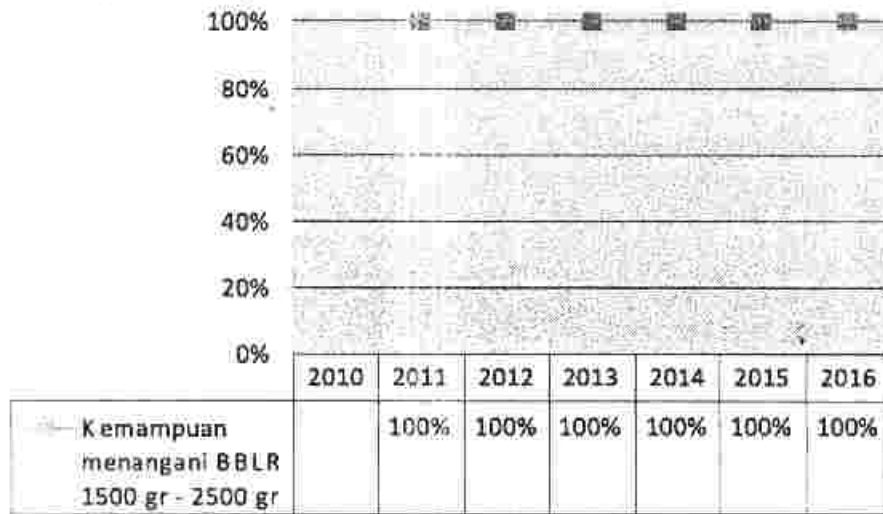


Dari tahun 2011-2016 target SPM pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr

Tujuan indikator ini adalah untuk tergambaranya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR. Pengertian dari BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gram – 2500 gram. Untuk pencapaian SPM RS indikator kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.5 dibawah ini :

Gambar 5.5
Capaian dan Target SPM Kemampuan Menangani BBLR
1500 gr - 2500 gr RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

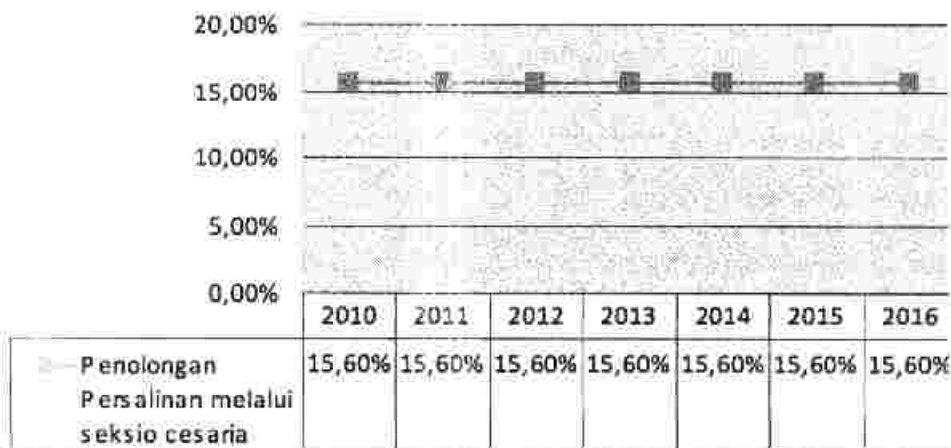


Dari tahun 2011-2016 target SPM kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

6. Penolongan Persalinan melalui seksio cesaria

Tujuan indikator ini adalah untuk tergambaranya persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien. Pengertian dari seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi. Untuk pencapaian SPM RS indikator penolongan persalinan dengan seksio cesaria di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 15,6% ini sudah melebihi SPM RS yang hanya 20%. Angka pencapaian dan target SPM penolongan persalinan dengan seksio cesaria tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.6 dibawah ini :

Gambar 5.6
Capaian dan Target SPM Penolongan Persalinan melalui seksio cesaria
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



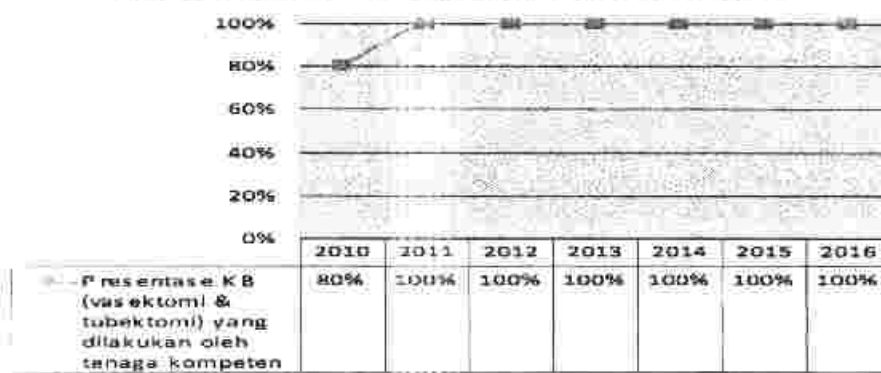
Dari tahun 2011-2016 target SPM penolongan persalinan dengan seksio cesaria adalah 15,6%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

7. a Presentase KB (vasektomi & tubektomi) Yang Dilakukan oleh Tenaga Kompeten

Mutu dan kesinambungan pelayanan Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi. Mutu dan kesinambungan pelayanan Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB. Untuk pencapaian SPM RS indikator presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 80% ini berarti belum sesuai dengan SPM RS yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.7.a dibawah ini :

Gambar 5.7.a

**Capaian dan Target SPM Presentase KB
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016**



Dari tahun 2011-2016 target SPM presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

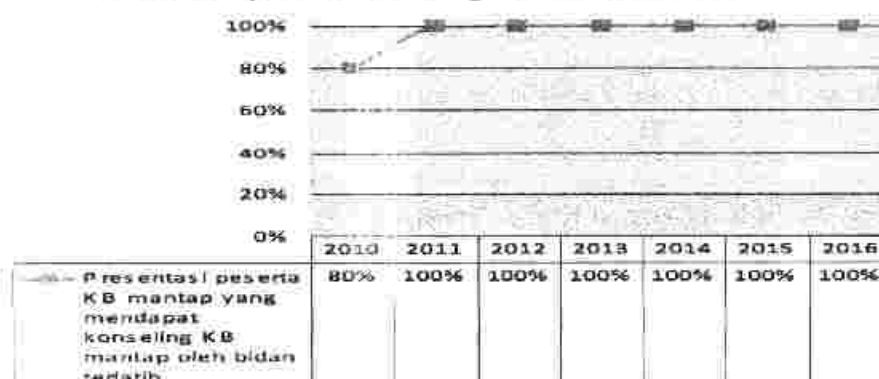
7b. Presentasi Peserta KB Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap oleh Bidan Terlatih

Proses konsultasi antara pasien dengan bidang untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien. Untuk pencapaian SPM RS indikator presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 80% ini berarti belum sesuai dengan SPM RS yaitu 100%.. Angka pencapaian dan target SPM presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.7.b dibawah ini :

Gambar 5.7.b

**Capaian dan Target SPM Presentasi Peserta KB Mantap yang Mendapat Konseling KB
Mantap oleh Bidan Terlatih**

RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

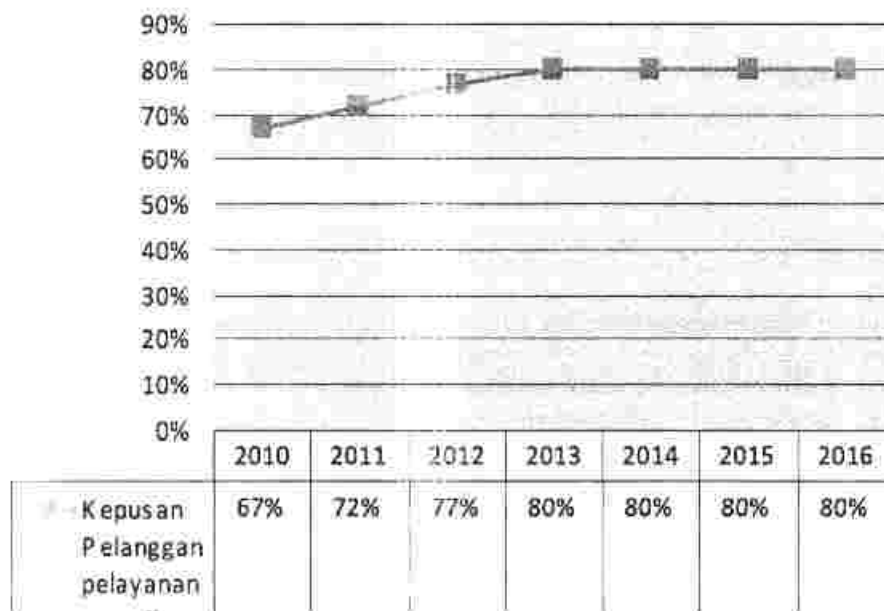


Dari tahun 2011-2016 target SPM presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

8. Kepuasan Pelanggan

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan. Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan. Untuk pencapaian SPM RS indikator Kepuasan pelanggan di pelayanan persalinan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 67% ini berarti belum sesuai dengan SPM RS yaitu 80%. Angka pencapaian dan target SPM Kepuasan pelanggan di pelayanan persalinan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 5.8 dibawah ini :

Gambar 5.8
Capaian dan Target SPM Kepuasan Pelanggan pelayanan
Persalinan RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM Kepuasan pelanggan di pelayanan persalinan terus meningkat hingga 80% pada tahun 2013, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

VI. Perawatan Intensif

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan perawatan intensif terdiri dari 2 (dua) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

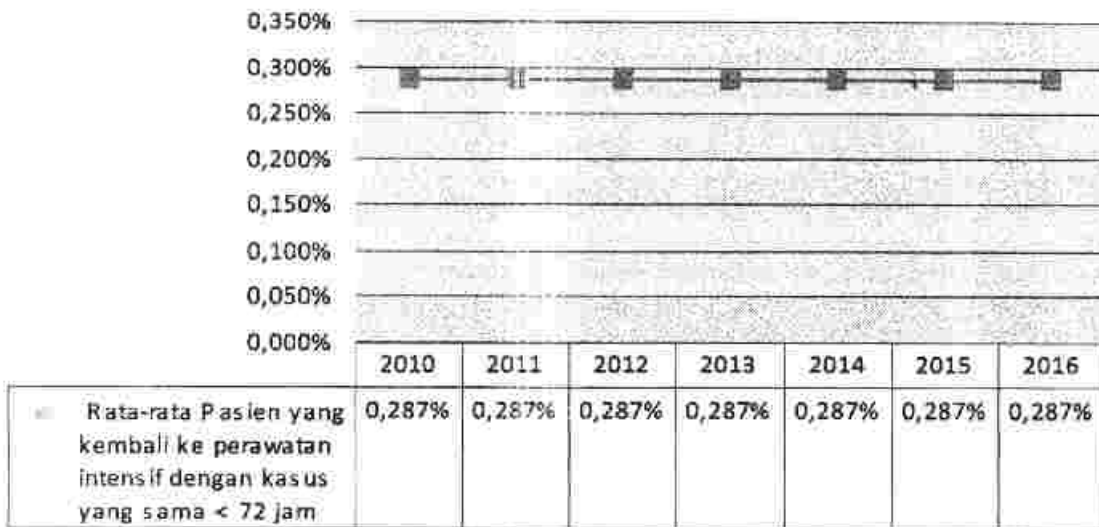
1. Rata-rata Pasien yang kembali ke Perawatan Intensif dengan kasus yang sama kurang dari 72 jam

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya keberhasilan perawatan intensif. Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam. Untuk pencapaian SPM RS indikator rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama kurang dari 72 jam di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 0,287% ini

berarti sudah melebihi target SPM RS yaitu 3%. Angka pencapaian dan target SPM rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama kurang dari 72 jam tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 6.1 dibawah ini :

Gambar 6.1

Capaian dan Target SPM Rata-rata Pasien yang kembali ke Perawatan Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



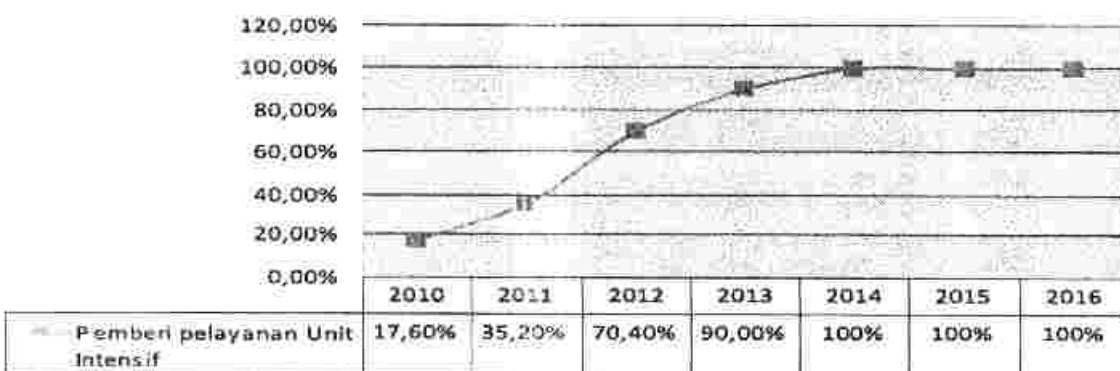
Dari tahun 2011-2016 target SPM rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama kurang dari 72 jam adalah 0,287%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia pelayanan intensif tenaga yang kompeten. Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasusu yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara. Untuk pencapaian SPM RS indikator pemberi pelayanan unit intensif di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 17,6% ini berarti masih jauh dibawah target SPM RS yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM pemberi pelayanan unit intensif tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 6.2 dibawah ini :

Gambar 6.2

Capaian dan Target SPM Pemberi Pelayanan Unit Intensif RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM pemberi pelayanan unit intensif terus meningkat hingga 100% dicapai pada tahun 2014, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

VII. Pelayanan Radiologi

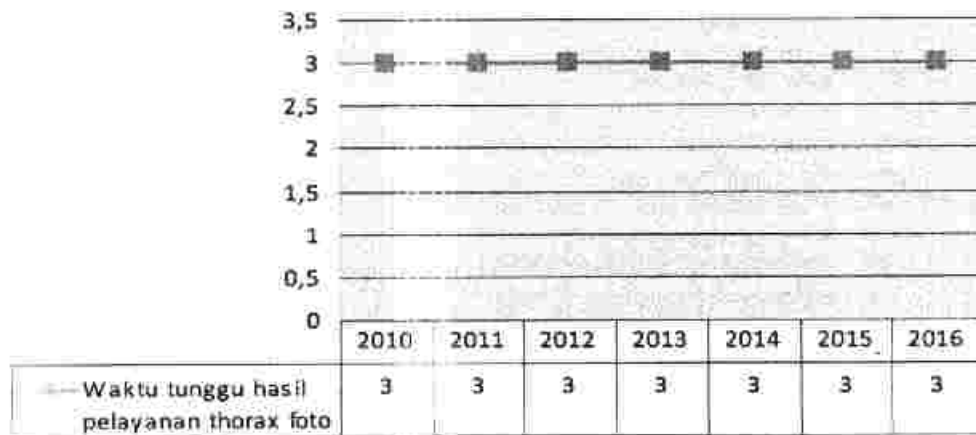
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan radiologi terdiri dari 4 (empat) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi. Pengertian dari waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 3 jam ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 7.1 dibawah ini :

Gambar 7.1

Capaian dan Target SPM Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

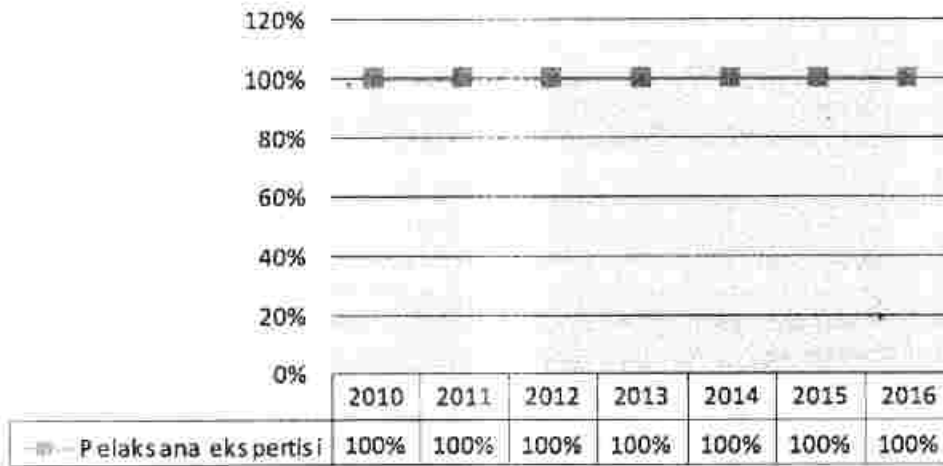


Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah 3 jam, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Pelaksana ekspertisi

Tujuan indikator ini adalah supaya pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis. Pengertian dari pelaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen / hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi dalah dicantumkanannya tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta. pencapaian SPM RS SPM indikator pelaksanaan ekspertisi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM pelaksanaan ekspertisi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 7.2 dibawah ini :

Gambar 7.2
Capaian dan Target SPM Pelaksana ekspertisi
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

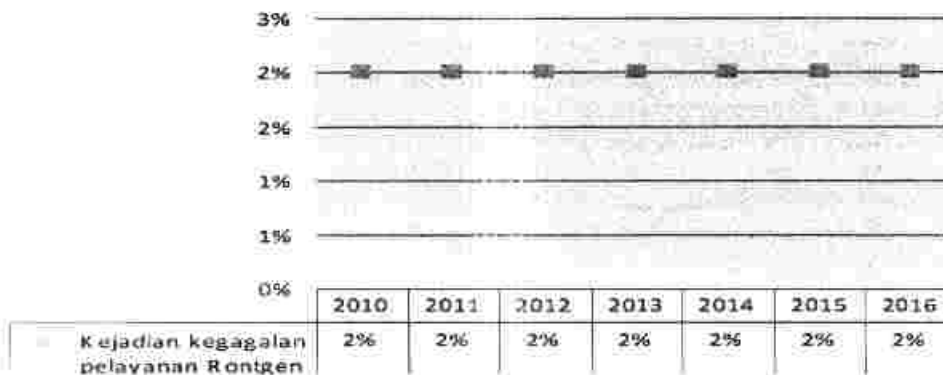


Dari tahun 2011-2016 target SPM pelaksanaan ekspertisi adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya efektivitas dan evisiensi pelayanan rontgen. Pengertian dari kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca. Untuk pencapaian SPM RS indikator kejadian kegagalan pelayanan rontgen di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 2% ini berarti sesuai dengan target SPM RS. Angka pencapaian dan target SPM kejadian kegagalan pelayanan rontgen tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 7.3 dibawah ini :

Gambar 7.3
Capaian dan Target SPM Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



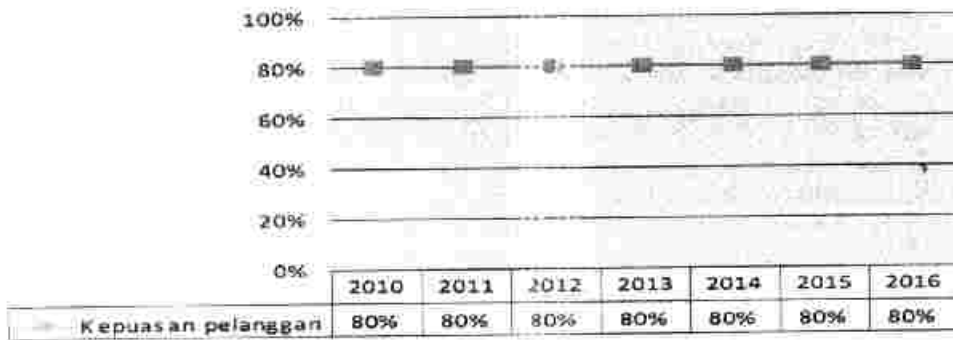
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian kegagalan pelayanan rontgen adalah 2%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

4. Kepuasan pelanggan

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi. Pengertian dari kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology. Untuk pencapaian SPM RS indikator kepuasan pelanggan pelayanan radiologi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 80% ini berarti sesuai dengan target SPM RS.

Angka pencapaian dan target SPM kepuasan pelanggan pelayanan radiologi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 7.4 dibawah ini :

Gambar 7.4
Capaian dan Target SPM Kepuasan pelanggan pelayanan Radiologi RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kepuasan pelanggan pelayanan radiologi adalah 80%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

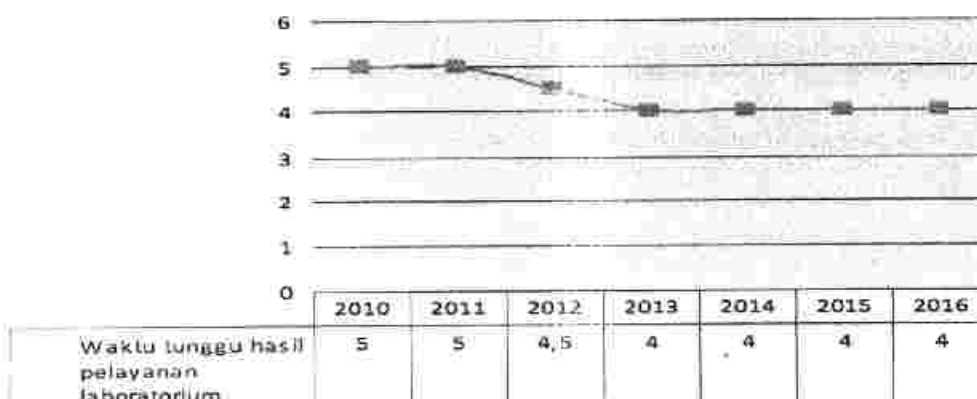
VIII. Lab. Patologi Klinik

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan lab. patologi klinik terdiri dari 6 (enam) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

I. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kecepatan pelayanan laboratorium. Pengertian dari pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan 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. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 5 jam ini berarti belum sesuai dengan SPM RS yaitu 2,33 jam . Angka pencapaian dan target SPM waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 8.1 dibawah ini :

Gambar 8.1
Capaian dan Target SPM Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

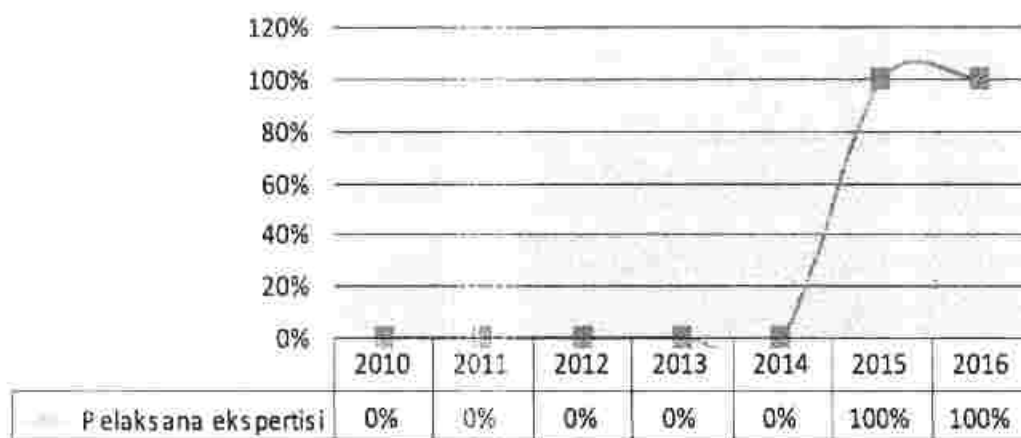


Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium terus meningkat hingga 4 jam tapi target tersebut masih belum sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

2. Pelaksana ekspertisi

Tujuan indikator ini adalah supaya pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk menentukan ketepatan diagnosis. Pengertian dari pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil laborotorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta. Untuk pencapaian SPM RS indikator pelaksanaan ekspertisi laboratorium petologi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 0% ini berarti masih jauh dari target SPM RS yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM pelaksanaan ekspertisi laboratorium petologi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 8.2 dibawah ini :

Gambar 8.2
Capaian dan Target SPM Pelaksana ekspertisi
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



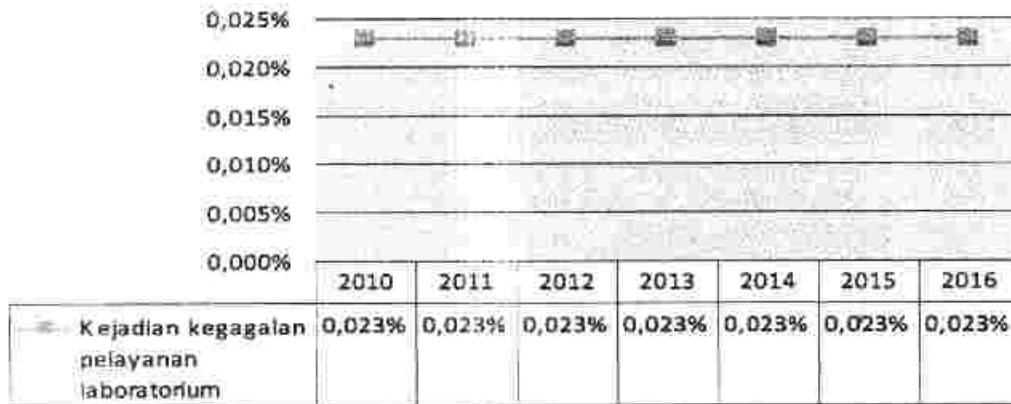
Dari tahun 2011-2016 target SPM pelaksanaan ekspertisi laboratorium petologi adalah 100% pada tahun 2015, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

3. Kejadian kegagalan pelayanan laboratorium

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya ketelitian pelayanan laboratorium. Pengertian dari kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyer Untuk pencapaian SPM RS indikator kejadian kegagalan pelayanan laboratorium di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 0023,% ini berarti sudah melebihi target SPM RS yang hanya 0,5%. Angka pencapaian dan target SPM kejadian kegagalan pelayanan laboratorium tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 8.3 dibawah ini

Gambar 8.3

Capaian dan Target SPM Kejadian kegagalan pelayanan laboratorium RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



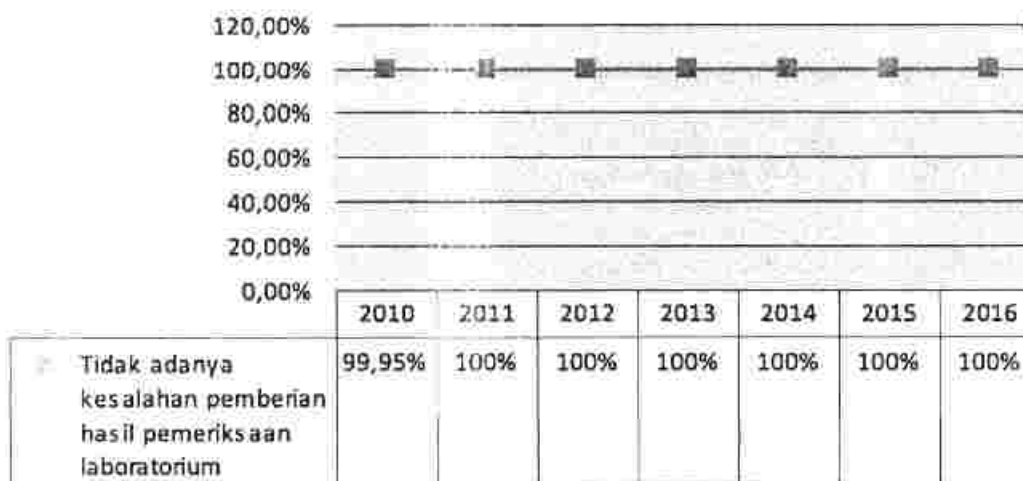
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian kegagalan pelayanan laboratorium adalah 0,023%, ini berarti sudah melebihi target target SPM rumah sakit dari Menkes.

4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium. Pengertian dari kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kesalahan penyerahan hasil laboratorium di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 99,95% ini berarti belum mencapai target SPM RS yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kesalahan penyerahan hasil laboratorium tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 8.4 dibawah ini :

Gambar 8.4

Capaian dan Target SPM Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



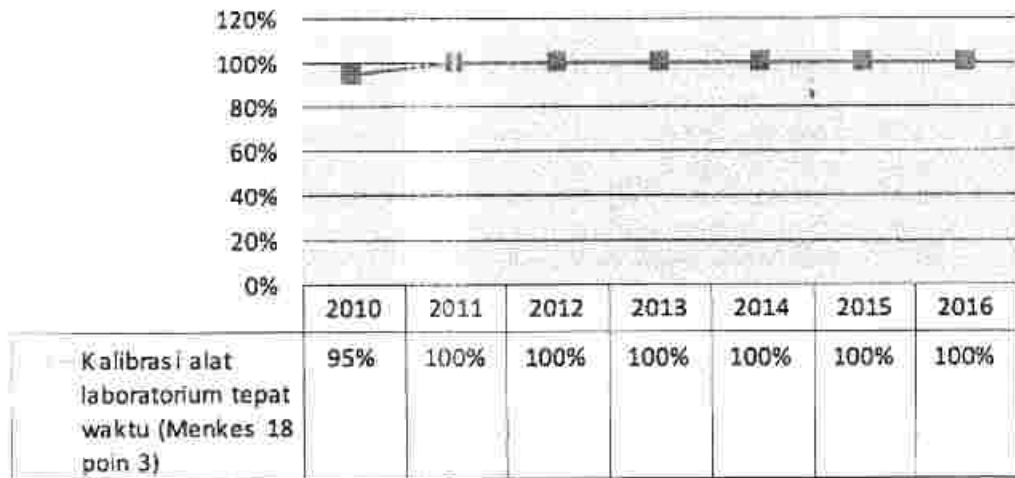
Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

5. Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya akurasi pelayanan leboratorium. Pengertian dari kalibrasi adalah pengujian kembali kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BFPK). Untuk pencapaian SPM RS indikator kalibrasi alat laboratorium

tepat waktu di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 95% ini berarti belum sesuai dengan target SPM RS yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM kalibrasi alat laboratorium tepat waktu tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 8.5 dibawah ini :

Gambar 8.5
Capaian dan Target SPM Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

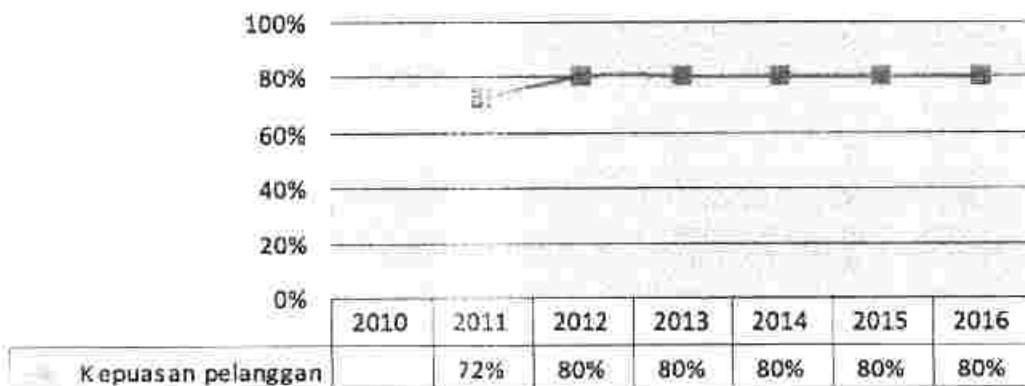


Dari tahun 2011-2016 target SPM kalibrasi alat laboratorium tepat waktu adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

6. Kepuasan pelanggan lab patologi

Tujuan indikator ini adalah terganbarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium. Pengertian dari kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium. Untuk pencapaian SPM RS indikator kepuasan pelanggan lab patologi RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 belum ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kepuasan pelanggan lab patologi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 8.6 dibawah ini :

Gambar 8.6
Capaian dan Target SPM Kepuasan pelanggan Lab. Patologi
Klinis RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kepuasan pelanggan lab patologi terus meningkat hingga 80% pada tahun 2012, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

IX. Rehabilitasi Medik

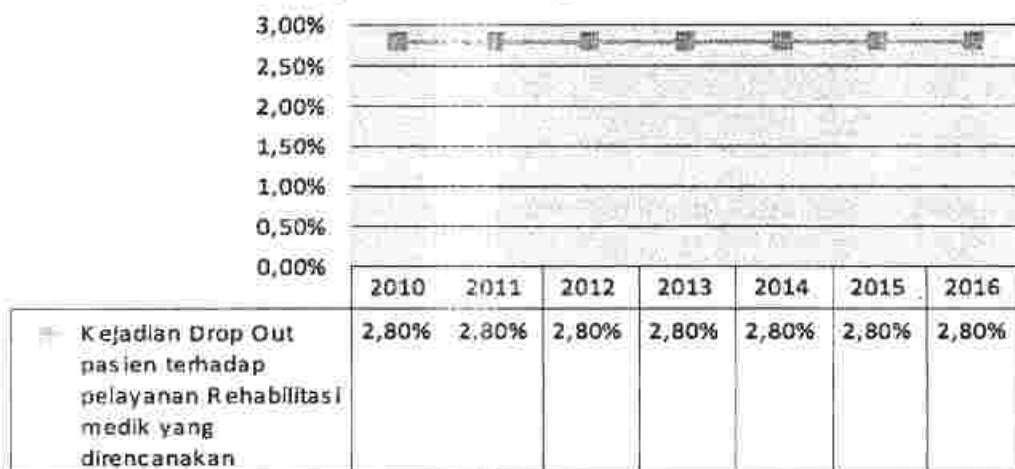
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan rehabilitasi medik terdiri dari 3 (tiga) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi medik yang direncanakan

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan. Pengertian dari *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan. Untuk pencapaian SPM RS indikator kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 2,8% ini berarti melampaui target SPM RS yang hanya 50%. Angka pencapaian dan target SPM kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 9.1 dibawah ini :

Gambar 9.1

Capaian dan Target SPM Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi medik yang direncanakan di RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



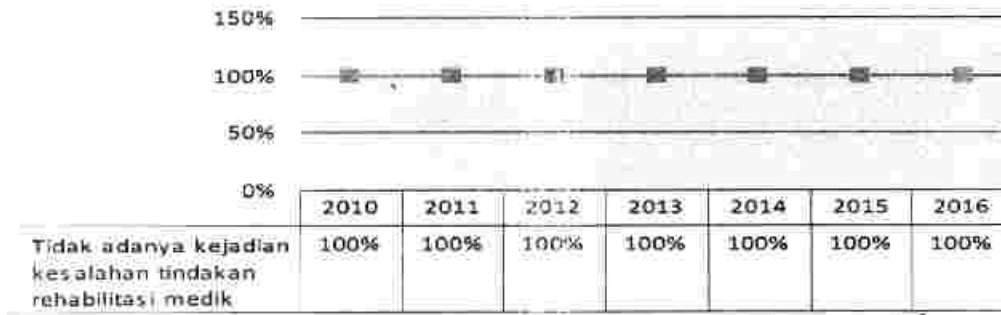
Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah 2,8% ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik. Pengertian dari 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. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 9.2 dibawah ini :

Gambar 9.2

Capaian dan Target SPM Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik di RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



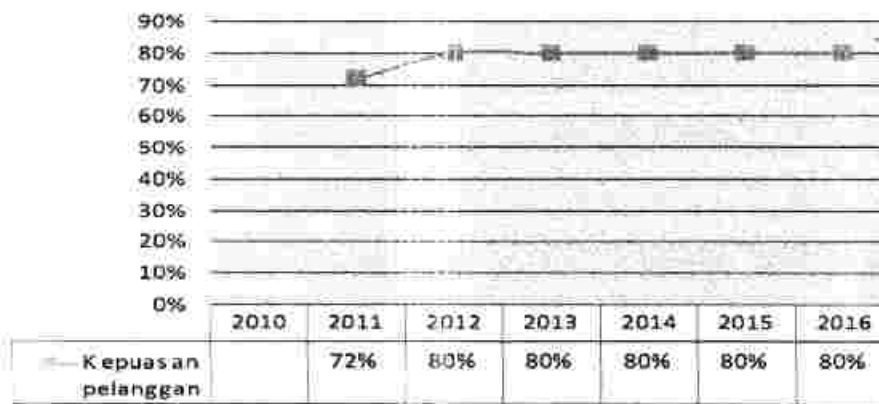
Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

3. Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya perspsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik. Pengertian dari kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik. Untuk pencapaian SPM RS indikator kepuasan pelanggan rehabilitasi medik di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kepuasan pelanggan rehabilitasi medik tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 9.3 dibawah ini :

Gambar 9.3

Capaian dan Target SPM Kepuasan pelanggan di Rehabilitasi Medik RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kepuasan pelanggan rehabilitasi medik terus meningkat hingga 80% pada tahun 2012, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

X. Hemodialisa

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan Hemodialisa terdiri dari 1 (satu) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

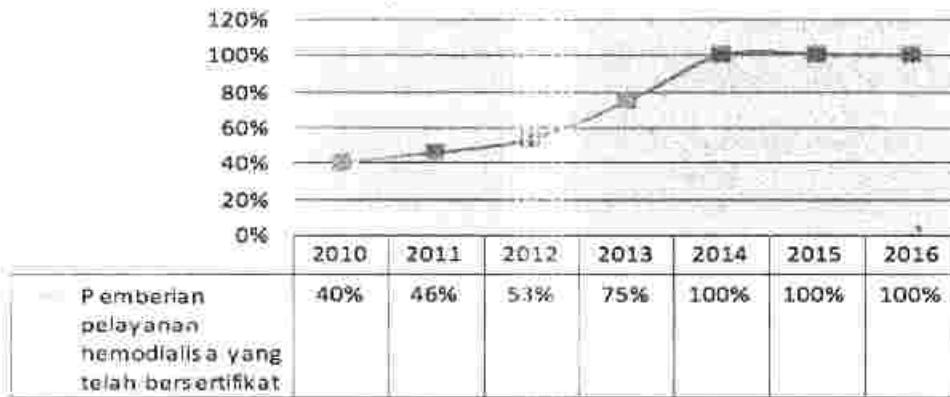
1. Pemberian pelayanan hemodialisa yang telah bersertifikat

Untuk pencapaian SPM RS indikator pemberian pelayanan hemodialisa yang telah bersertifikat di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 40% ini berarti masih dibawah target SPM RS

yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM pemberian pelayanan hemodialisa yang telah bersertifikat tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 10.1 dibawah ini :

Gambar 10.1

Capaian dan Target SPM Pemberian pelayanan hemodialisa yang telah bersertifikat di RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM pemberian pelayanan hemodialisa yang telah bersertifikat terus meningkat hingga 100% pada tahun 2014, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

XI. Farmasi

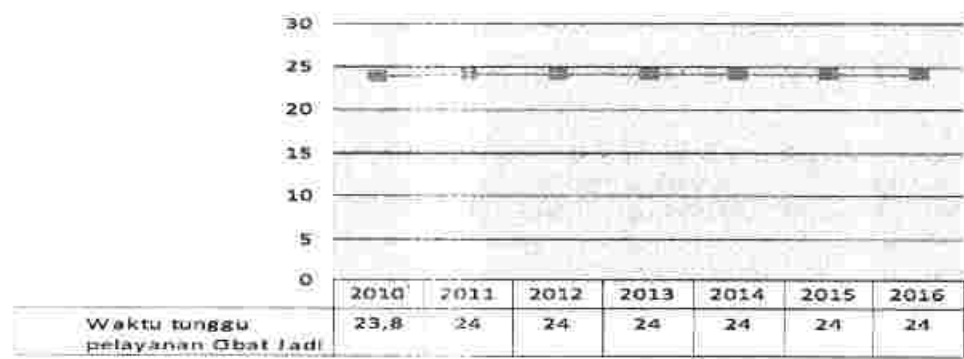
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan farmasi terdiri dari 5 (lima) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kecepatan pelayanan farmasi. Pengertian dari waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mula pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu tunggu pelayanan obat jadi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 23,8 menit ini berarti melampaui target SPM RS yaitu 30 menit. Angka pencapaian dan target SPM waktu tunggu pelayanan obat jadi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 11.1 dibawah ini :

Gambar 11.1

Capaian dan Target SPM Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



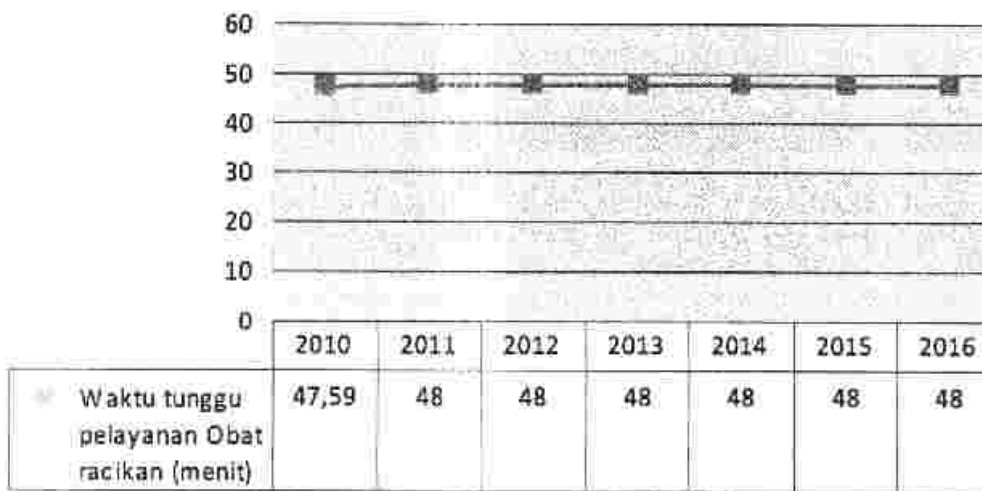
Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah 24 menit, ini sudah melebihi target SPM rumah sakit dari Menkes.

2. Waktu tunggu pelayanan Obat racikan

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi. Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah Pengertian dari waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mula pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu tunggu pelayanan obat racikan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 47,59 menit ini berarti melampaui target SPM RS yaitu 60 menit. Angka pencapaian dan target SPM waktu tunggu pelayanan obat racikan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 11.2 dibawah ini :

Gambar 11.2

Capaian dan Target SPM Waktu tunggu pelayanan Obat racikan
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah 48 menit ini berarti sudah melebihi target SPM rumah sakit dari Menkes .

3. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat. Kesalahan pemberian obat meliputi :

Salah dalam memberikan jenis obat

Salah dalam memberikan dosis

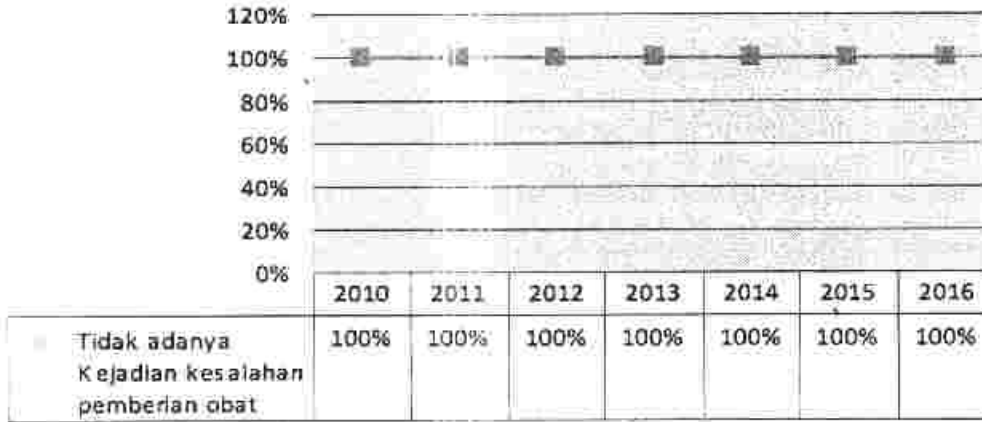
Salah orang

Salah jumlah

Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 11.3 dibawah ini :

Gambar 11.3

Capaian dan Target SPM Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



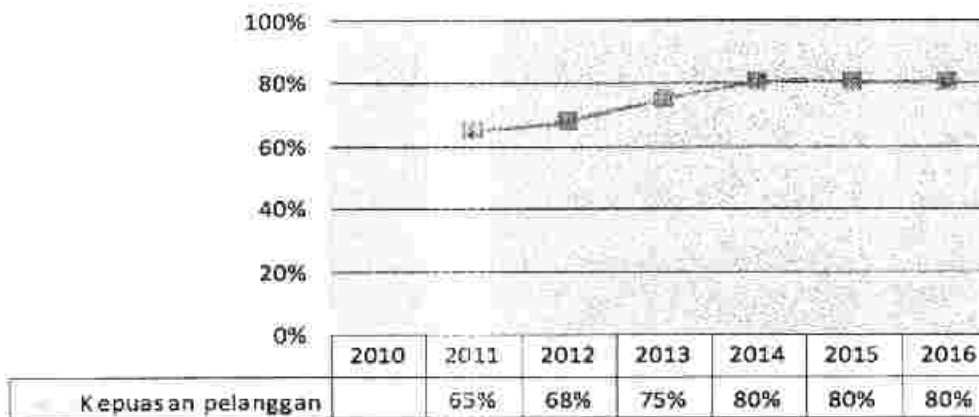
Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

4. Kepuasan pelanggan

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi. Pengertian dari kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi. Untuk pencapaian SPM RS indikator kepuasan pelanggan dibagian farmasi RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 belum ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kepuasan pelanggan dibagian farmasi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 11.4 dibawah ini :

Gambar 11.4

Capaian dan Target SPM Kepuasan pelanggan di Pelayanan Farmasi RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



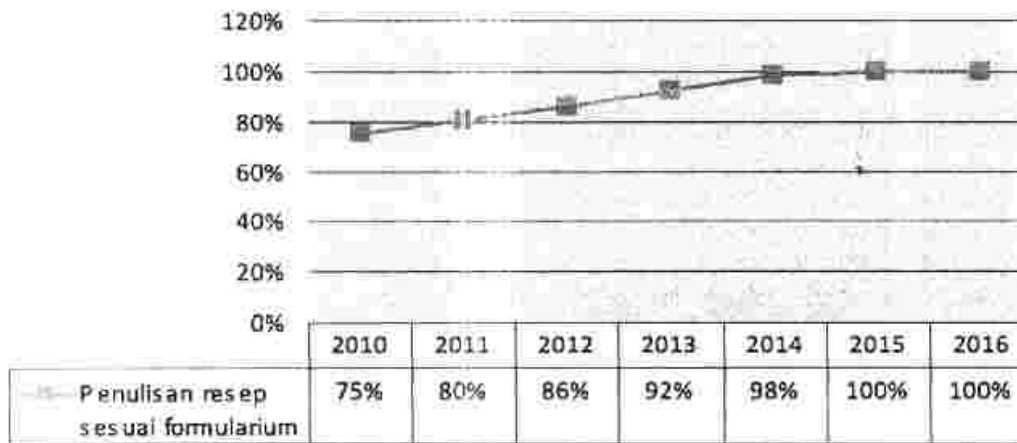
Dari tahun 2011-2016 target SPM kepuasan pelanggan dibagian farmasi terus meningkat hingga 80% pada tahun 2014, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

5. Penulisan resep sesuai formularium

Tergambaranya efisiensi pelayanan obat kepada pasien. Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit. Untuk pencapaian SPM RS indikator penulisan resep sesuai formularium di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 75% ini masih dibawah target

SPM RS yaitu 100%. Angka pencapaian dan target SPM penulisan resep sesuai formularium tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 11.5 dibawah ini :

Gambar 11.5
Capaian dan Target SPM Penulisan resep sesuai formularium
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM penulisan resep sesuai formularium terus meningkat hingga 100% pada tahun 2015, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

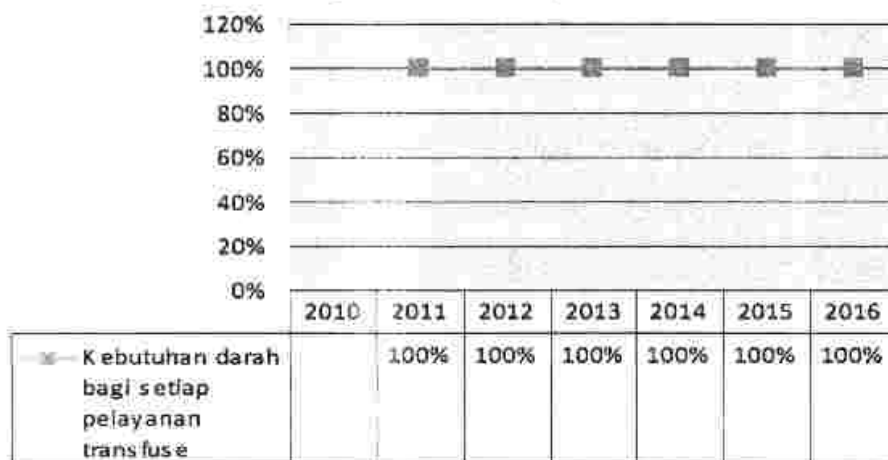
XII. Pelayanan Transfusi Darah

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan transfusi darah terdiri dari 2 (dua) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse

Keselamatan dan kesinambungan pelayanan transfuse. Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam penyediaan darah. Untuk pencapaian SPM RS indikator kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datnya. Angka pencapaian dan target SPM kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 12.1 dibawah ini :

Gambar 12.1
Capaian dan Target SPM Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



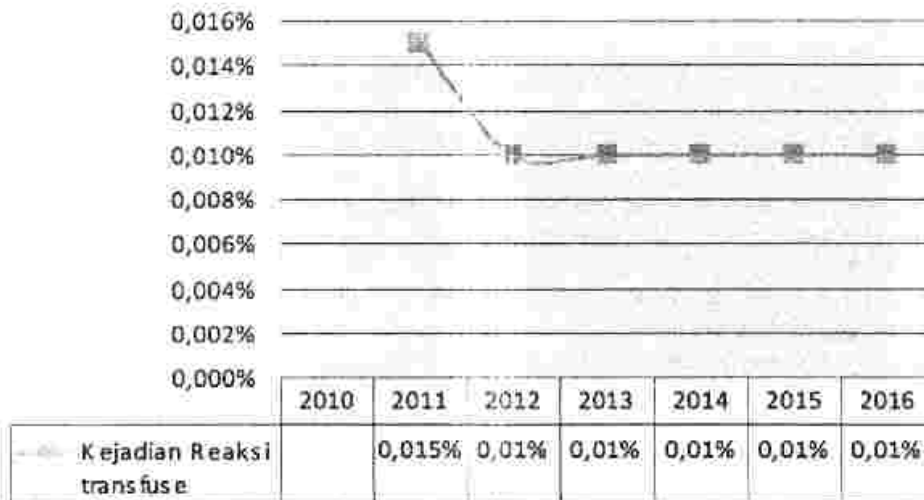
Dari tahun 2011-2016 target SPM kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Kejadian Reaksi transfuse

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya resiko pada UTD. Pengertian dari transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah. Untuk pencapaian SPM RS indikator kejadian reaksi transfuse di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 tidak ada datanya. Angka pencapaian dan target SPM kejadian reaksi transfuse bisa dilihat pada gambar 12.2 dibawah ini :

Gambar 12.2

Capaian dan Target SPM Kejadian Reaksi transfuse
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kejadian reaksi transfuse terus meningkat hingga 0,01% pada tahun 2012, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

XIII. Gizi

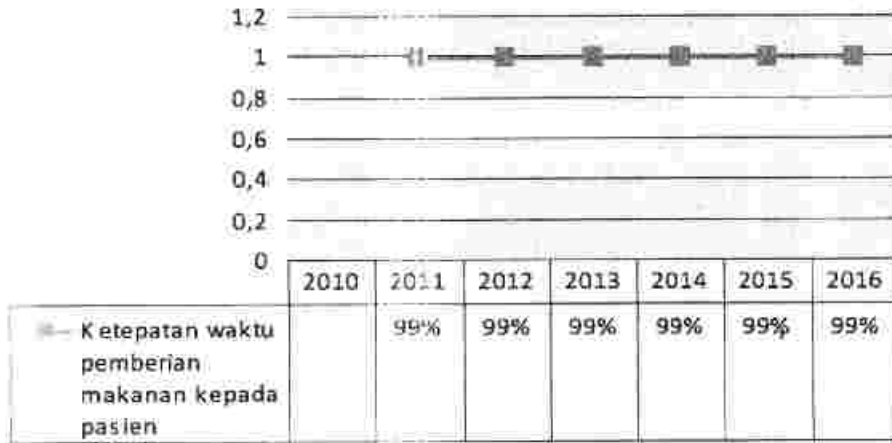
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan gizi terdiri dari 3 (tiga) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi. Pengertian dari ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Untuk pencapaian SPM RS indikator ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 99% ini berarti melebihi target SPM RS yaitu 90%. Angka pencapaian dan target SPM ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 13.1 dibawah ini :

Gambar 13.1

Capaian dan Target SPM Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



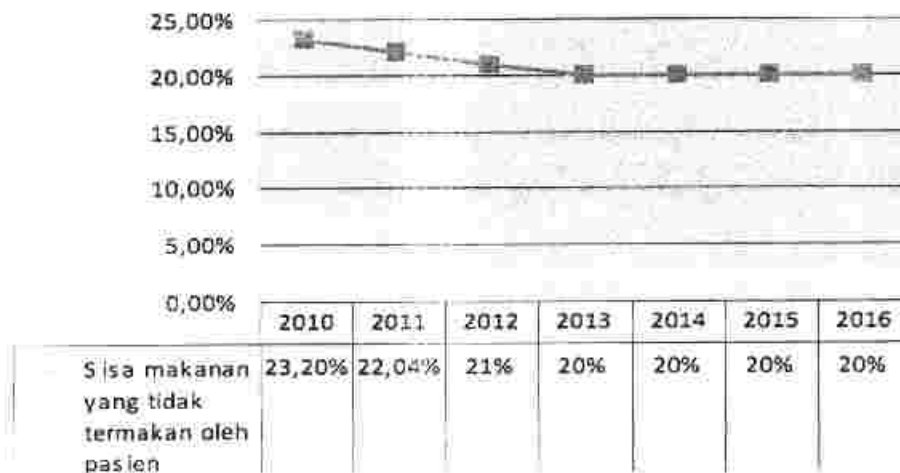
Dari tahun 2011-2016 target SPM ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah 99%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi. Pengertian dari sisa makan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit). Untuk pencapaian SPM RS indikator sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 23,2% ini berarti belum sesuai dengan target SPM RS yaitu 20%. Angka pencapaian dan target SPM sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 13.2 dibawah ini :

Gambar 13.2

Capaian dan Target SPM Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

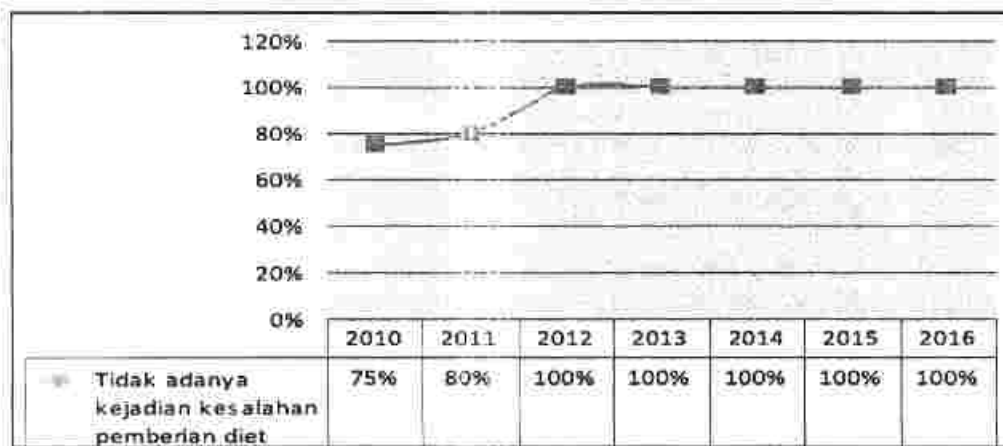


Dari tahun 2011-2016 target SPM sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien terus meningkat hingga 20% pada tahun 2013, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi. Pengertian dari kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet. Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kesalahan dalam memberikan diet di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 75% ini berarti masih dibawah target SPM RS. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kesalahan dalam memberikan diet tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 13.3 dibawah ini :

Gambar 13.3
Capaian dan Target SPM Tidak adanya kejadian
kesalahan pemberian diet
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kesalahan dalam memberikan diet terus meningkat hingga 100% pada tahun 2012, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

XIV. Rekam Medik

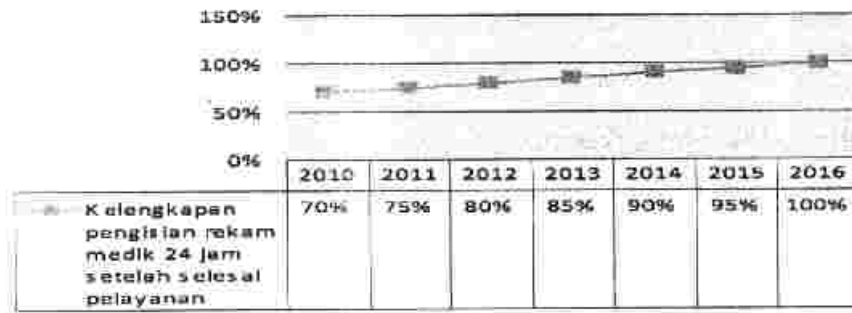
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan rekam medik terdiri dari 4 (empat) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan. Untuk pencapaian SPM RS indikator kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 70% ini berarti belum sesuai dengan SPM RS. Angka pencapaian dan target SPM kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 14.1 dibawah ini :

Gambar 14.1

Capaian dan Target SPM Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan terus meningkat hingga 100% pada tahun 2016, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit Menkes

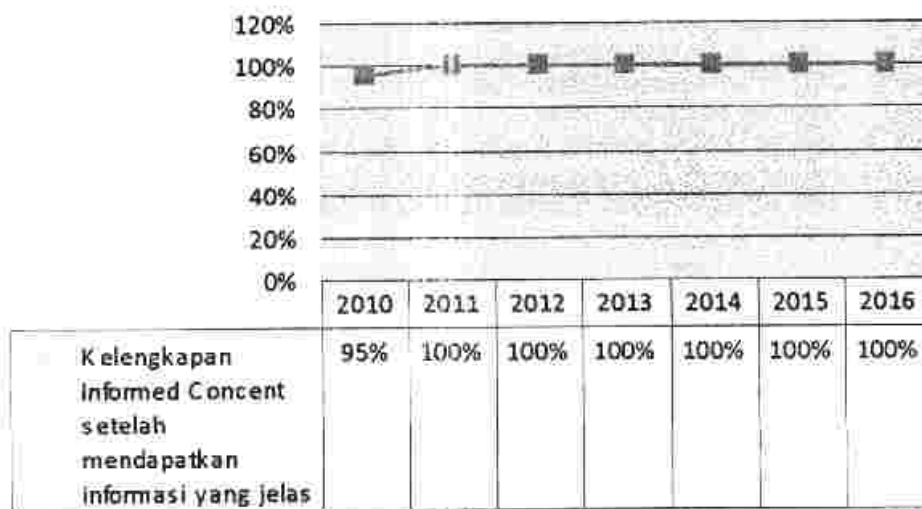
2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Untuk pencapaian SPM RS indikator kelengkapan *Informed Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 95% ini berarti belum sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kelengkapan *Informed Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 14.2 dibawah ini :

Gambar 14.2

Capaian dan Target SPM Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



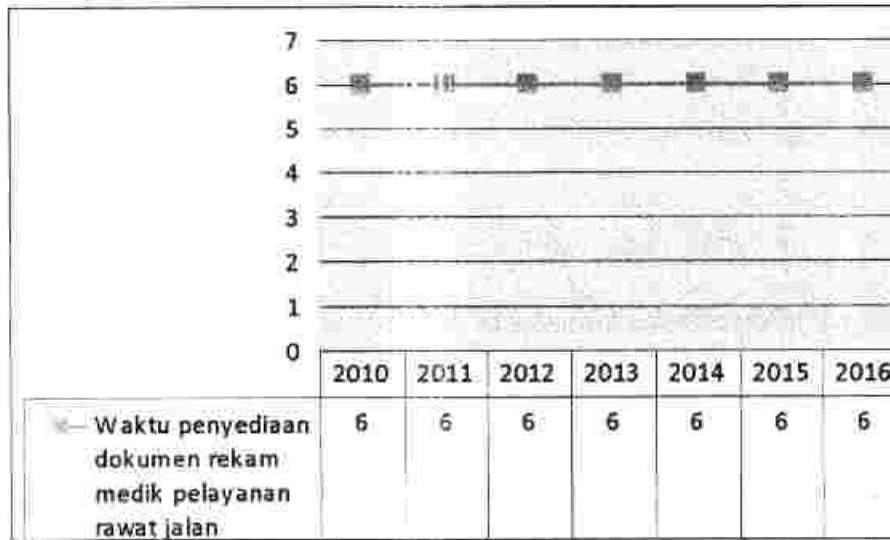
Dari tahun 2011-2016 target SPM kelengkapan *Informed Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit Menkes.

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan. Pengertian dari 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. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 6 menit ini berarti sudah melebihi SPM yaitu 10 menit. Angka pencapaian dan target SPM waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 14.3 dibawah ini :

Gambar 14.3

Capaian dan Target SPM Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



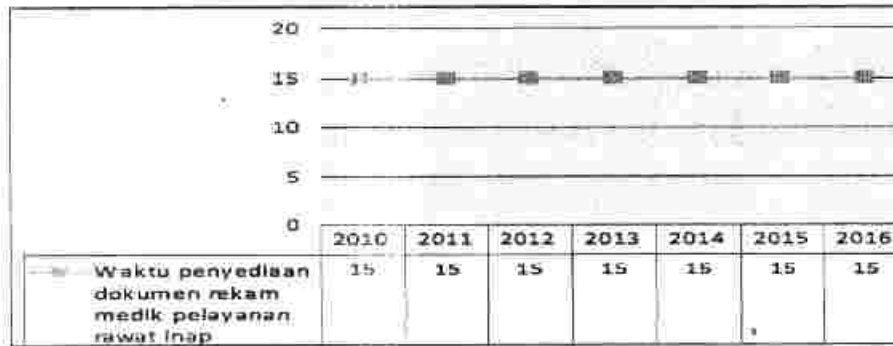
Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan adalah 6 menit, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit Menkes

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap. Pengertian dari dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis 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. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 15 menit ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 14.4 dibawah ini :

Gambar 14.4

Capaian dan Target SPM Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah 15 menit, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

XV. Pengelolaan Limbah

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pengelolaan limbah terdiri dari 2 (dua) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Baku mutu limbah cair a. BOD < 30 mg/l, b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9

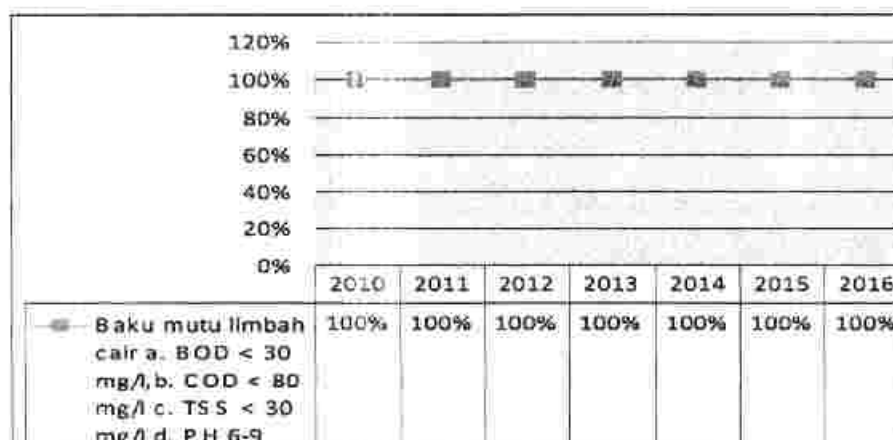
Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit. Pengertian dari baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator :

BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter
 COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter
 TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter
 PH : 6-9

Untuk pencapaian SPM RS indikator baku mutu limbah cair di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM baku mutu limbah cair tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 15.1 dibawah ini :

Gambar 15.1

Capaian dan Target SPM Baku mutu limbah cair a. BOD < 30 mg/l, b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM baku mutu limbah cair adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

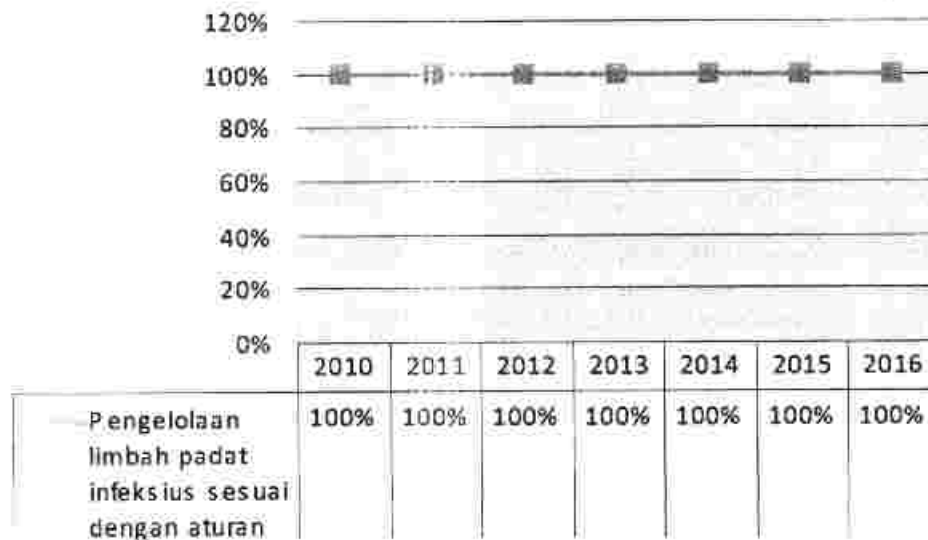
2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit. Pengertian dari limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :

- Sisa jarum suntik
- Sisa ampul
- Kasa bekas
- Sisa jaringan

Pengolahan limbah pada berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku. Untuk pencapaian SPM RS indikator pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan bisa dilihat pada gambar 15.2 dibawah ini :

Gambar 15.2
Capaian dan Target SPM Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

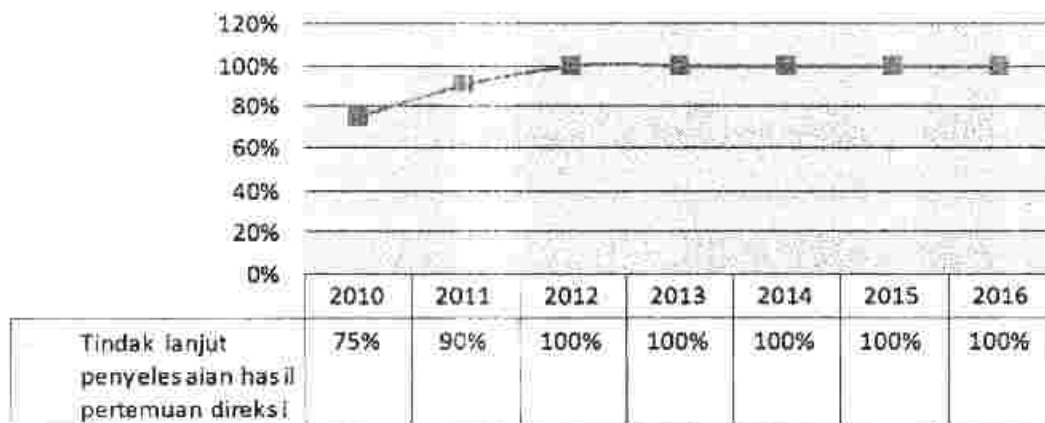
XVI. Administrasi dan Manajemen

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada administrasi dan manajemen terdiri dari 9 (sembilan) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit. Pengertian dari 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. Untuk pencapaian SPM RS indikator tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 75% ini berarti masih dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target SPM tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.1 dibawah ini :

Gambar 16.1
Capaian dan Target SPM Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



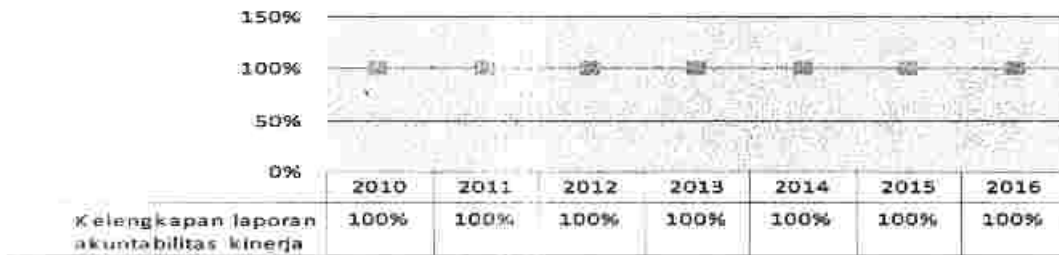
Dari tahun 2011-2016 target SPM tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat terus meningkat hingga 100% pada tahun 2012, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan. Pengertian dari 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 yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali. Untuk pencapaian SPM RS indikator kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.2 dibawah ini :

Gambar 16.2

Capaian dan Target SPM Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



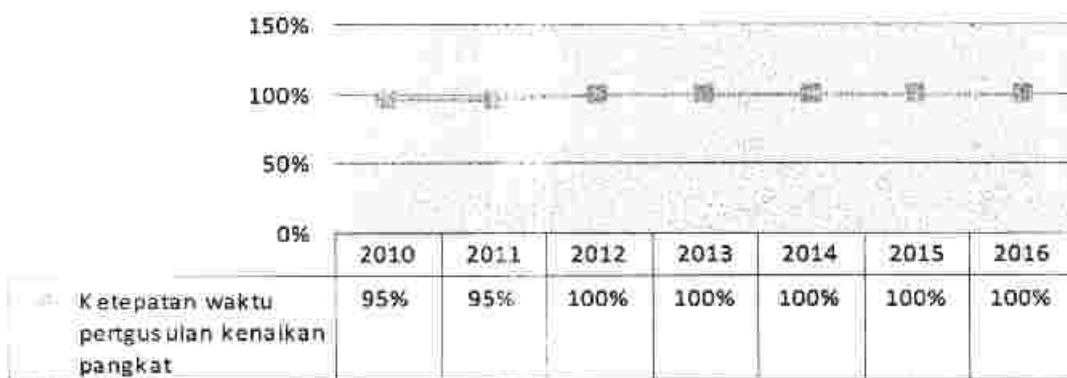
Dari tahun 2011-2016 target SPM kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

3. Ketepatan waktu penyesuaian kenaikan pangkat

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai. Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu penyesuaian kenaikan pangkat di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 95% ini berarti masih dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target SPM waktu penyesuaian kenaikan pangkat tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.3 dibawah ini :

Gambar 16.3

Capaian dan Target SPM Ketepatan waktu penyesuaian kenaikan pangkat RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu penyesuaian kenaikan pangkat terus meningkat hingga 100% pada tahun 2012, ini sudah sesuai dengan SPM rumah sakit dari Menkes

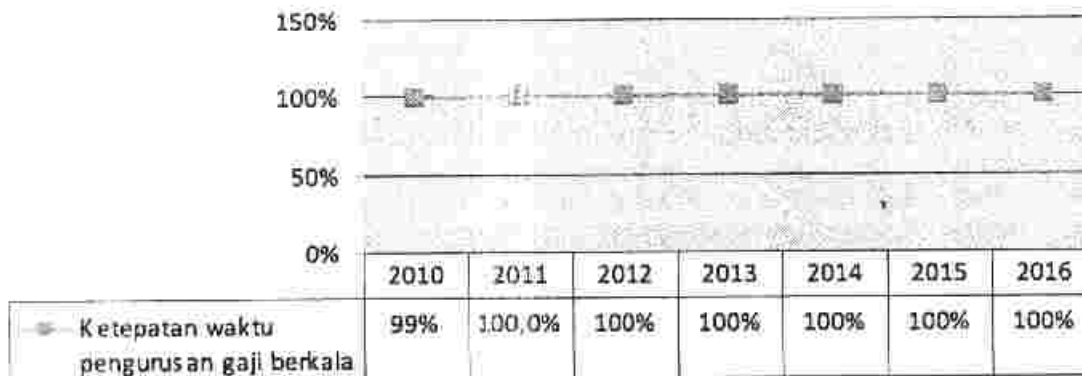
4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai. Pengertian dari kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia. Untuk pencapaian SPM RS indikator ketepatan waktu pengurusan gaji berkala di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 99% ini berarti masih dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target

SPM ketepatan waktu pengurusan gaji berkala tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.4 dibawah ini :

Gambar 16.4

Capaian dan Target SPM Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



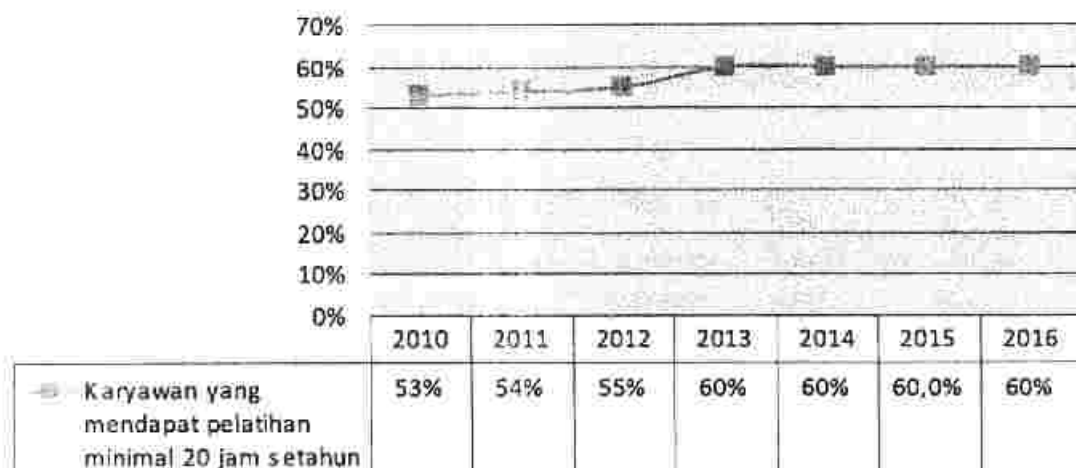
Dari tahun 2011-2016 target SPM ketepatan waktu pengurusan gaji berkala adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal minimal per karyawan 20 jam per tahun. Untuk pencapaian SPM RS indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun pada tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.5 dibawah ini :

Gambar 16.5

Capaian dan Target SPM Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

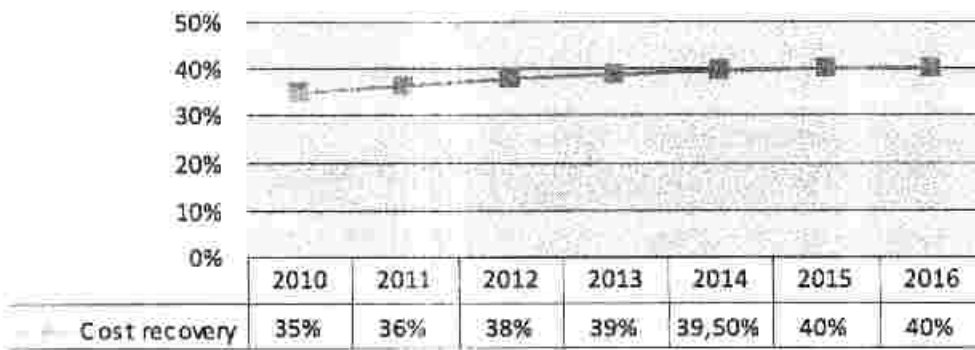


Dari tahun 2011-2016 target SPM karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam dalam setahun terus meningkat hingga 60% pada tahun 2013, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

6. *Cost recovery*

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit. Pengertian dari *cost recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelajaran operasional dalam periode waktu tertentu. Untuk pencapaian SPM RS indikator *cost recovery* di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 35% ini berarti masih jauh dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target SPM *cost recovery* tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 16.6 dibawah ini :

Gambar 16.6
Capaian dan Target SPM *Cost recovery*
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

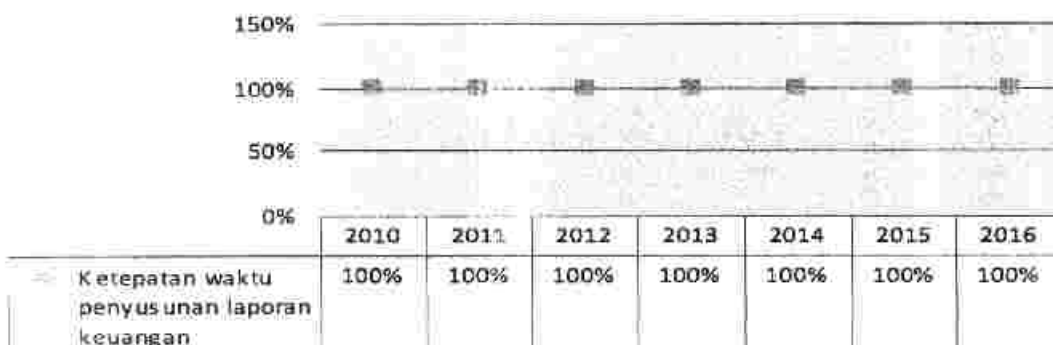


Dari tahun 2011-2016 target SPM *cost recovery* terus meningkat hingga 40% pada tahun 2015, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

7. **Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit. Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya. Untuk pencapaian SPM RS indikator ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.7 dibawah ini :

Gambar 16.7
Capaian dan Target SPM Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan RSUD
Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

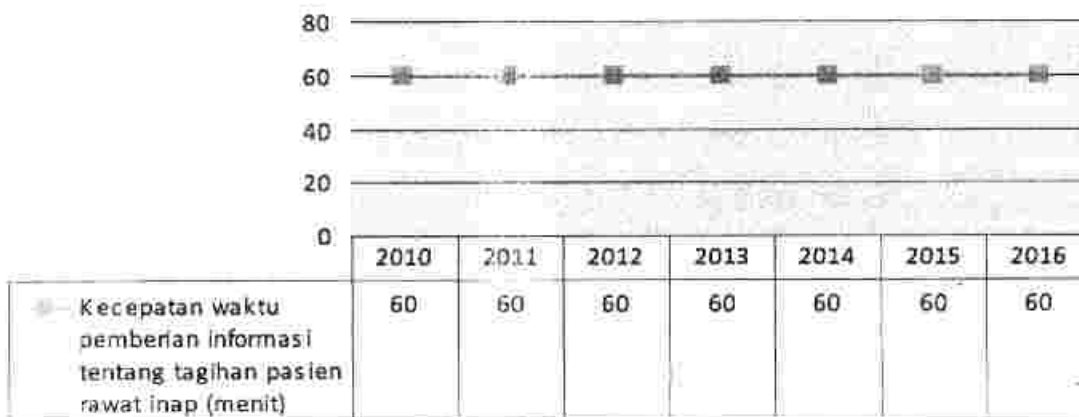
8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap. 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. Untuk pencapaian SPM RS indikator kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 60 menit ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.8 dibawah ini :

Gambar 16.8

Capaian dan Target SPM Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan, pasien rawat inap

RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap adalah 60 menit, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

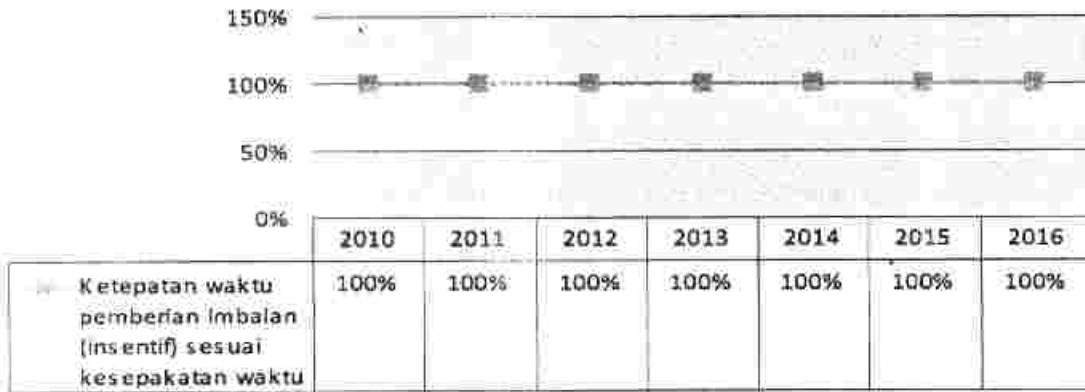
9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan. Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan. Untuk pencapaian SPM RS indikator ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 16.9 dibawah ini :

Gambar 16.9

Capaian dan Target SPM Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

XVII. Ambulance

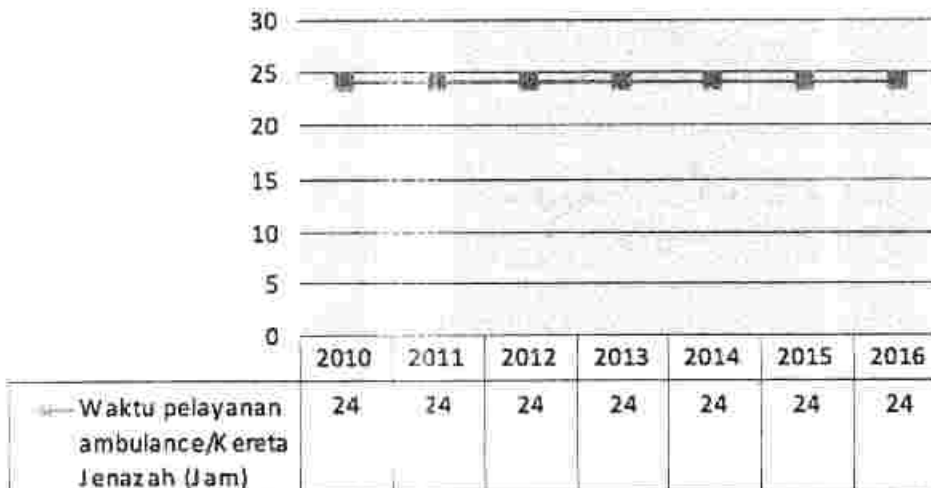
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan ambulance terdiri dari 3 (tiga) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah

Tujuan indikator ini adalah tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan. Pengertian dari waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan /keluarga pasien. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu pelayanan ambulance di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 24 jam ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM waktu pelayanan ambulance tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 17.1 dibawah ini :

Gambar 17.1

Capaian dan Target SPM Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

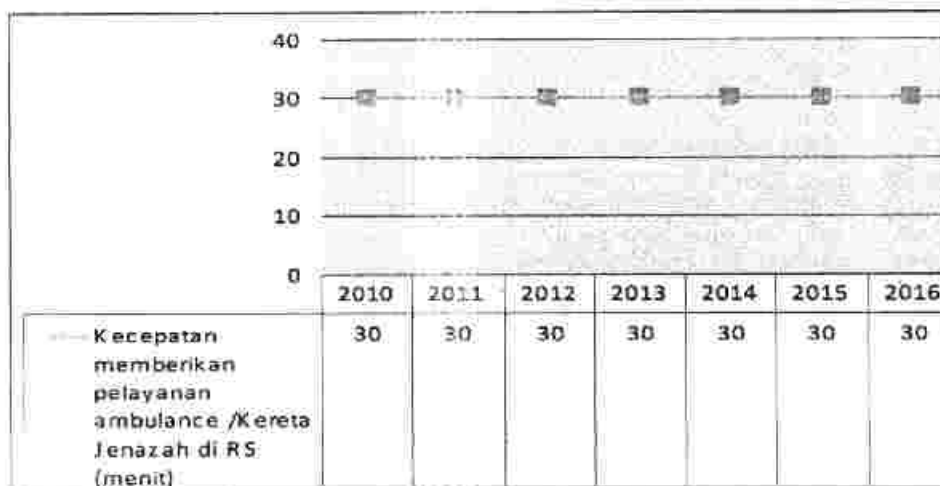


Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu pelayanan ambulance adalah 24 jam, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit

Tujuan indikator ini adalah tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulan/kereta jenazah. Pengertian dari kecepatan memberikan pelayanan ambulan/kerete jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulan/kerete jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulan/kerete jenazah. Maksimal 30 menit. Untuk pencapaian SPM RS indikator kecepatan memberikan pelayanan ambulan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 30 menit, ini berarti sudah sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kecepatan memberikan pelayanan ambulan tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 17.2 dibawah ini :

Gambar 17.2
Capaian dan Target SPM Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

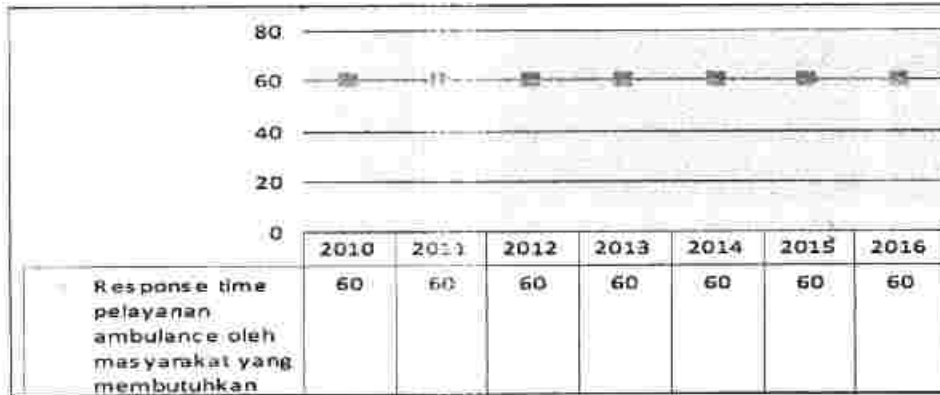


Dari tahun 2011-2016 target SPM kecepatan memberikan pelayanan ambulan adalah 30 menit, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Untuk pencapaian SPM RS indikator *response time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 60 menit ini berarti sudah sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM *response time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan bisa dilihat pada gambar 17.3 dibawah ini :

Gambar 17.3
Capaian dan Target SPM Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM *response time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan adalah 60 menit, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit.

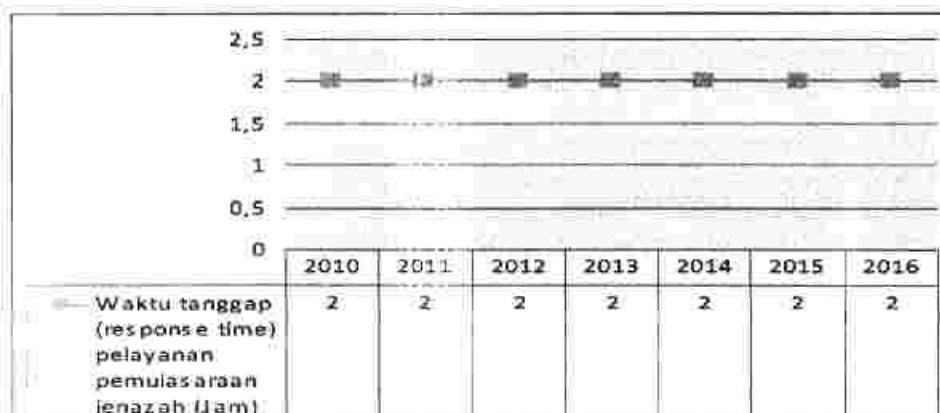
XVIII. Pemulasaraan Jenazah

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan pemulasaraan jenazah terdiri dari 2 (dua) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini :

1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah. Pengertian dari waktu tanggap pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas. Untuk pencapaian SPM RS indikator waktu tanggap pemulasaraan jenazah di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 2 jam ini berarti sudah sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM waktu tanggap pemulasaraan jenazah bisa dilihat pada gambar 18.1 dibawah ini :

Gambar 18.1
Capaian dan Target SPM Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM waktu tanggap pemulasaraan jenazah adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

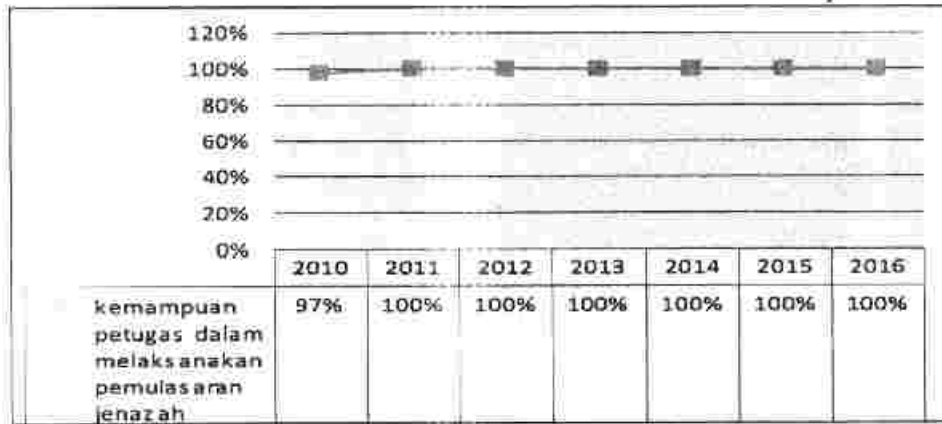
2. Kemampuan petugas dalam melaksanakan pemulasaran jenazah

Untuk pencapaian SPM RS indikator kemampuan petugas dalam melaksanakan pemulasaran jenazah di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 97% ini berarti masih dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target SPM kemampuan petugas dalam melaksanakan pemulasaran jenazah tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 18.2 dibawah ini :

Gambar 18.2

Capaian dan Target SPM Kemampuan petugas dalam melaksanakan pemulasaran jenazah

RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM kemampuan petugas dalam melaksanakan pemulasaran jenazah adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit.

XIX. Pelayanan Pemeliharaan sarana rumah sakit

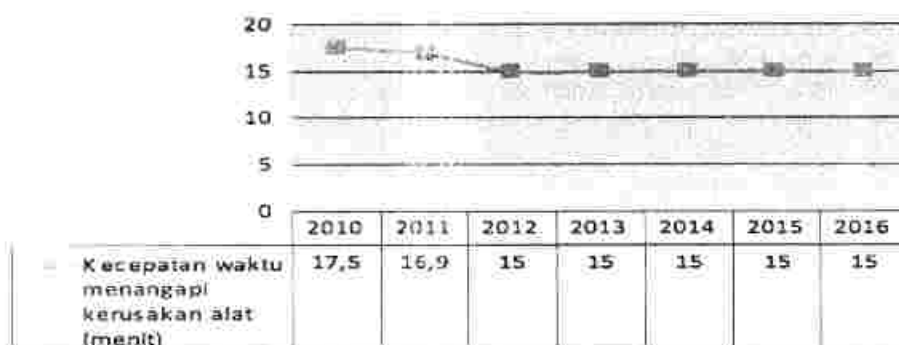
Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit terdiri dari 2 (dua) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini:

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku. Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium Untuk pencapaian SPM RS indikator kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 17,5 menit ini berarti masih melebihi target SPM. Angka pencapaian dan target SPM kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 19.1 dibawah ini :

Gambar 19.1

Capaian dan Target SPM Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

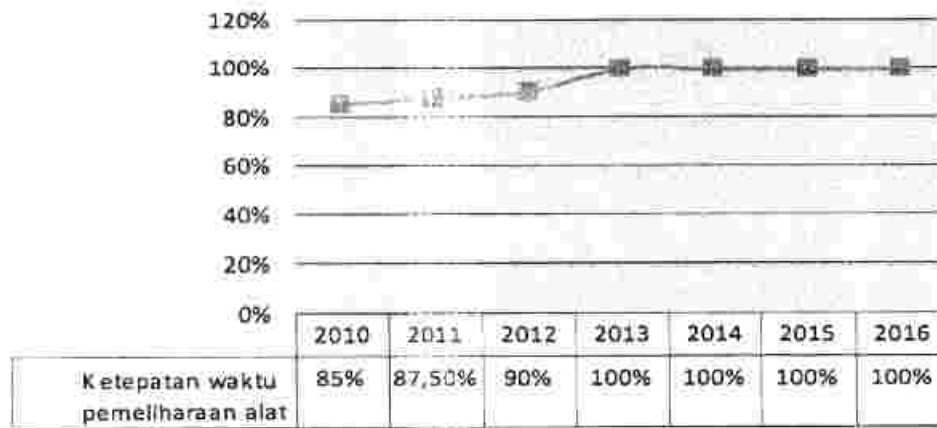


Dari tahun 2011-2016 target SPM kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah terus meningkat hingga 15 menit pada tahun 2012, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan Laboratorium oleh Balai Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPFK). Untuk pencapaian SPM RS indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM ketepatan waktu pemeliharaan alat tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 19.2 dibawah ini :

Gambar 19.2
Capaian dan Target SPM Ketepatan waktu pemeliharaan alat
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM ketepatan waktu pemeliharaan alat terus meningkat hingga 100% pada tahun 2013, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

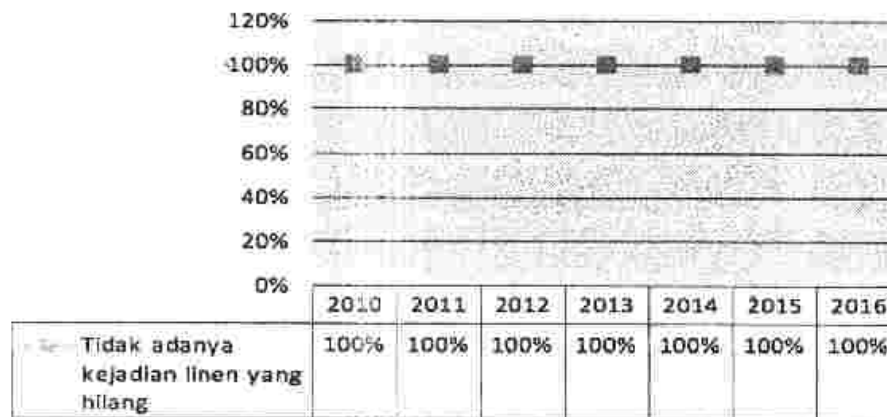
XX. Pelayanan Laundry

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pelayanan laundry terdiri dari 2 (dua) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini:

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Untuk pencapaian SPM RS indikator tidak adanya kejadian linen yang hilang di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan target SPM. Angka pencapaian dan target SPM tidak adanya kejadian linen yang hilang tahun 2010 - 2016 bisa dilihat pada gambar 20.1 dibawah ini :

Gambar 20.1
Capaian dan Target SPM Tidak adanya kejadian linen yang hilang
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

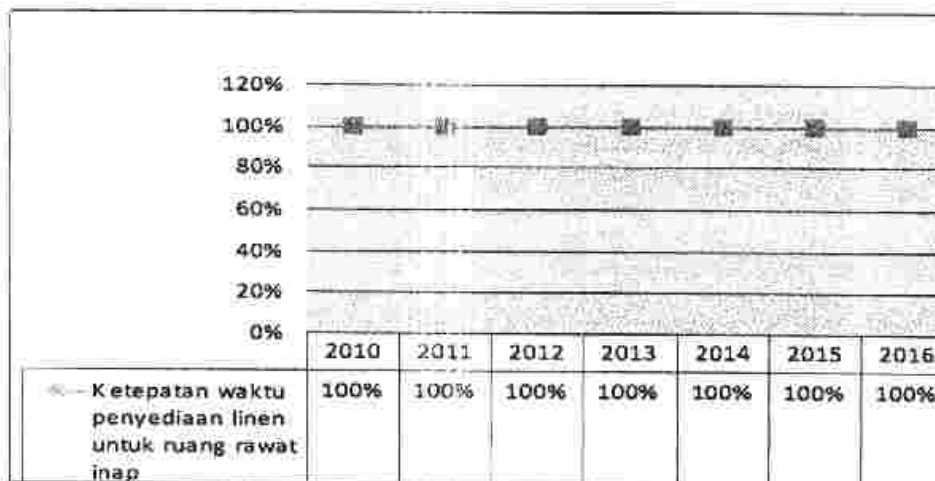


Dari tahun 2011-2016 target SPM tidak adanya kejadian linen yang hilang adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Tujuan indikator ini adalah tergambaranya pengendalian dan mutu pelayanan laundry. Pengertian dari ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan. Untuk pencapaian SPM RS indikator ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap tahun 2010-2016 bisa dilihat pada gambar 20.2 dibawah ini:

Gambar 20.2
Capaian dan Target SPM Ketepatan waktu penyediaan linen untuk
ruang rawat inap
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



Dari tahun 2011-2016 target SPM ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

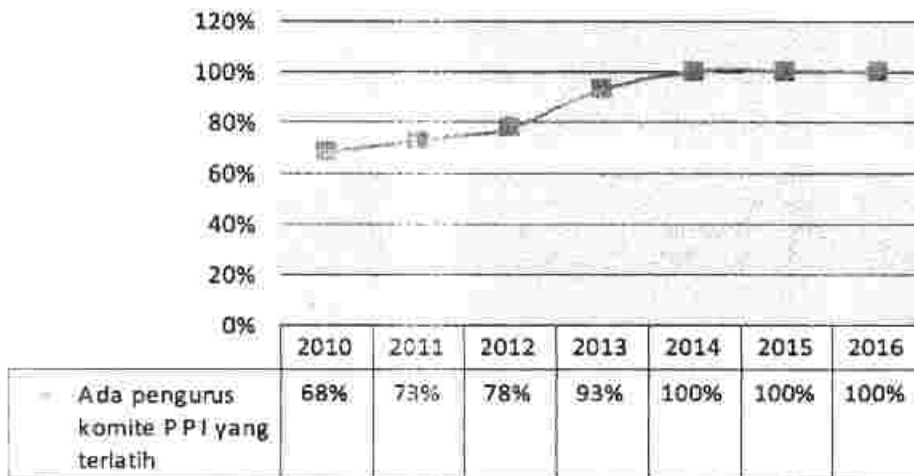
XXI. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Untuk standar pelayanan minimal (SPM) pada pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari 4 (empat) indikator dengan standar pencapaian sebagai berikut ini:

1. Ada pengurus komite PPI yang terlatih

Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI. Untuk pencapaian SPM RS indikator ada pengurus komite PPI yang terlatih di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 68% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM ada pengurus komite PPI yang terlatih tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 21.1 dibawah ini :

Gambar 21.1
Capaian dan Target SPM Ada pengurus komite PPI yang terlatih
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

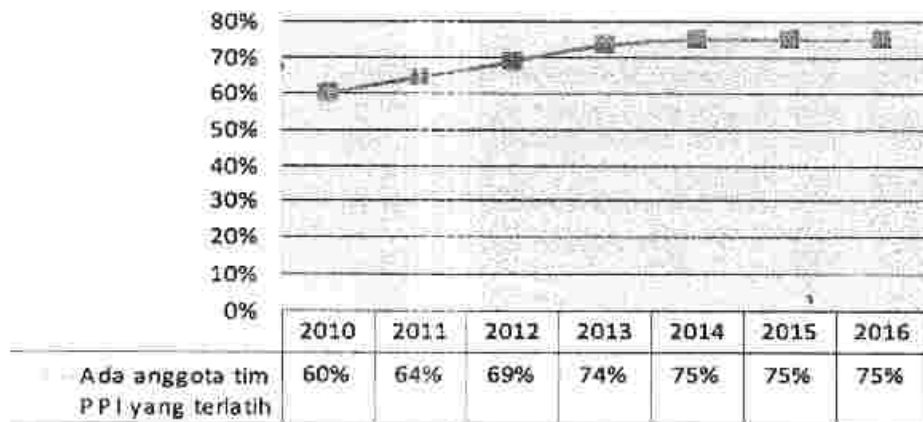


Dari tahun 2011-2016 target SPM ada pengurus komite PPI yang terlatih terus meningkat hingga 100% pada tahun 2014, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

2. Ada anggota tim PPI yang terlatih

Tujuan indikator ini adalah tersedianya APD di setiap instalasi Rumah Sakit. Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti : masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun. Untuk pencapaian SPM RS indikator ada anggota tim PPI yang terlatih di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 60% ini berarti masih dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target SPM ada anggota tim PPI yang terlatih bisa dilihat pada gambar 21.2 dibawah ini :

Gambar 21.2
Capaian dan Target SPM Ada anggota tim PPI yang terlatih
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016

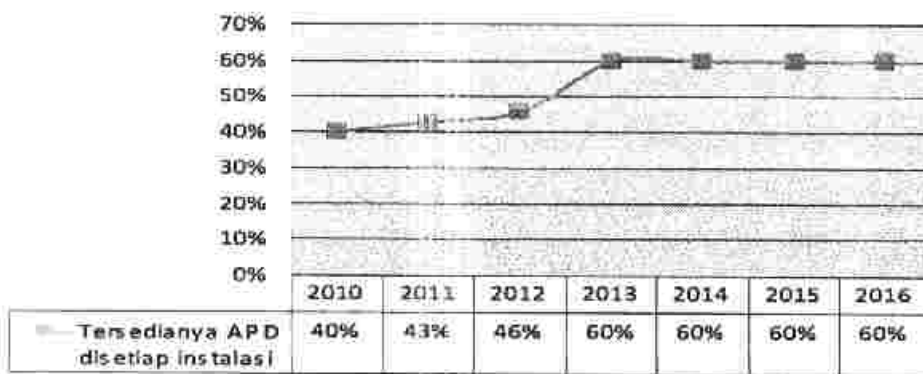


Dari tahun 2011-2016 target ada anggota tim PPI yang terlatih terus meningkat hingga 75% pada tahun 2014, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

3. Tersedianya APD disetiap instalasi

Tujuan indikator ini adalah tersedianya APD di setiap instalasi Rumah Sakit. Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti : masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun. Untuk pencapaian SPM RS indikator tersedianya APD di setiap instalasi di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 40% ini berarti masih dibawah target SPM. Angka pencapaian dan target SPM tersedianya APD di setiap instalasi tahun 2010 -2016 bisa dilihat pada gambar 21.3 dibawah ini :

Gambar 21.3
Capaian dan Target SPM Tersedianya APD disetiap instalasi
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



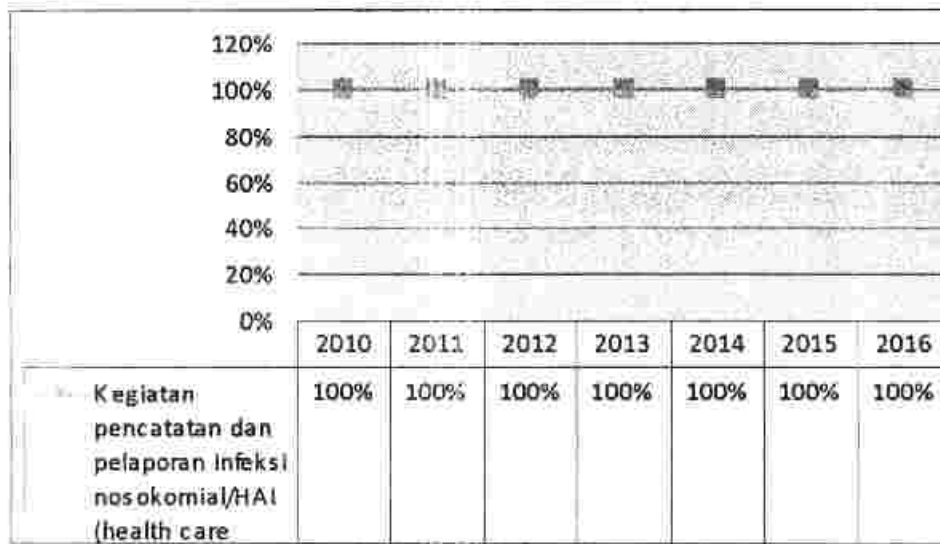
Dari tahun 2011-2016 target SPM tersedianya APD di setiap instalasi adalah terus meningkat hingga 60%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes

4. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter)

Tujuan indikator ini adalah supaya tersedia data pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial di rumah sakit. Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosocomial, pengumpulan data (cek list)

pada instalasi yang tersedia di rumah sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain : ILO, ILL, VAP, ISK. Untuk pencapaian SPM RS indikator kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (minimum 1 parameter di RSUD Kabupaten Pemalang tahun 2010 sebesar 100% ini berarti sesuai dengan SPM. Angka pencapaian dan target SPM kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (minimum 1 parameter) bisa dilihat pada gambar 21.4 dibawah ini :

Gambar 21.4
Capaian dan Target SPM Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI
(health care associated infections)
RSUD Kabupaten Pemalang Tahun 2010-2016



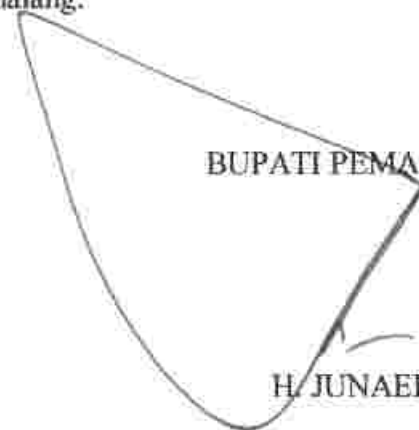
Dari tahun 2011-2016 target kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (minimum 1 parameter) adalah 100%, ini sudah sesuai dengan target SPM rumah sakit dari Menkes.

BAB V PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Pemalang. Namun demikian mengingat kondisi daerah yang terkait dengan ketersediaan sumber daya yang tidak mencukupi, maka diperlukan pentahapan pelaksanaannya dalam mencapai Minimum Service Target 2010 - 2016 sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas Kabupaten Pemalang.

Dengan disusunnya standar pelayanan minimal rumah sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan standar pelayanan minimal di rumah sakit Pemalang. Sebagai hak konstitusional setiap warga negara, maka sudah seyogyanya SPM dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam pelaksanaan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan di rumah sakit.

Dengan disusunnya Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal rumah sakit di Kabupaten Pemalang, diharapkan dapat menjadi acuan bagi petugas rumah sakit dan unsur terkait dalam penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit di Kabupaten Pemalang.



BUPATI PEMALANG

H. JUNAEDI

MATRIKS STANDAR NASIONAL SPM RSUD

A. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1. 100%	Tahun 2010	Kepala IGD
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam	Tahun 2010	
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTLS/ACIS / PPGD	3. 100%	Tahun 2011	
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4. satu tim	Tahun 2010	
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5. ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	Tahun 2011	Kabid Pelayanan Kepala IGD
		6. Kepuasan Pelanggan	6. $\geq 70\%$	Tahun 2011	
		7. Kematian pasien < 24 Jam	7. < dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	Tahun 2011	
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100%	Tahun 2011	
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100% Dokter Spesialis		Kepala IRJ
		2. Ketersediaan Pelayanan	2. a. Klinik anak b. Klinik penyakit dalam c. Klinik kebidanan d. Klinik bedah		Kepala IRJ
		3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	3. a. Anak remaja b. NAPZA		

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
			c. Gangguan psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental organik g. Usia lanjut		
		4. Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at: 08,00 – 11.00		
		5. Waktu tunggu di rawat jalan	5. ≤ 60 menit		Kepala IRJ
		6. Kepuasan Pelanggan	6. $\geq 90\%$		Kabid Pelayanan
		7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	7. a. $\geq 60\%$		
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	b. $\geq 60\%$		
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1.a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3		Kepala IRJ
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2. 100%		Kepala IRJ
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat inap	3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah		Kepala IRJ
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja		Kepala IRJ
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. $\leq 1,5\%$		Komite medik
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	6. $\leq 1,5\%$		Komite Kep

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
		7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	7. 100%		Komite Kep
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. $\leq 0,24\%$		Komite Kep
		9. Kejadian pulang paksa	9. $\leq 5\%$		Kepala IRI
		10. Kepuasan pelanggan	10. $\geq 90\%$		Kabid Pelayanan
		11. Rawat inap TB:	11. a. 100%		
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB			
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	b. 100%		
		12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	12. NAPSA Gangguan psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik		
		13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	13. 100%		
		14. Kejadian read mission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	14. 100%		
		15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	15. ≤ 6 minggu		
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi efektif	1. ≤ 2 hari		Kepala IBS
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	2. $\leq 1\%$		Kepala IBS

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100%		Kepala IBS
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100%		Kepala IBS
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100%		Kepala IBS
		6. Tidak adanya kejadian tertinggainya benda asing lain pada rubuh pasien setelah operasi	6. 100%		Koordinator Anestesi
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	7. $\leq 6\%$		
5.	Persalinan dan perinatologi (kecuali Rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Preeklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$		Kepala IPKR
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan		Kepala IPKR K. Komite medik
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih		K. Komite medik
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An		K. Komite medik
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	5. 100%		Ka. Inst Perinatologi
		6. Penolongan Persalinan melalui seksio cesaria	6. $\leq 20\%$		K. Komite medik
		7. Keluarga Berencana: a. Presentase KB	7. a. 100%		

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
		(vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG. dr. Sp.B. dr. SP.U, dokter umum terlatih. b. Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan	b. 100% 8. $\geq 80\%$		Kabid Pelayanan
6.	Intensif	1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	1. $\leq 3\%$ 2. a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)		Kepala ICU Kepala ICU
7.	Radioiogi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerasakan foto $\leq 2\%$ 4. $\geq 80\%$		Ka. Inst. Radiologi Ka. Inst. Radiologi Ka. Inst. Radiologi Ka. Inst. Pelayanan
8.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan	1. < 140 menit kimia darah &		Ka. Inst. Laboratorium

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
		laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	darah rutin 2. DokterSp.PK 3. 100% 4. $\geq 80\%$		Komite Medik Ka. Inst. Laboratorium Kabid pelayanan
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. $\leq 50\%$ 2. 100% 3. $\geq 80\%$		Ka. Inst. Rehab Medik Ka. Inst. Rehab Medik Kabid Pelayanan
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 2. 100% 3. $\geq 80\%$ 4. 100%		Kabid Inst. Farmasi Kabid Inst. Farmasi Kabid Inst. Farmasi Kabid Pelayanan
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1. $\geq 90\%$ 2. $\leq 20\%$ 3. 100%		Kabid Inst. Gizi Kabid Inst. Gizi Kabid Inst. Gizi

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
12.	Transfusi Darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse 2. Kejadian Reaksi transfuse 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% terpenuhi 2. $\leq 0,01\%$ 		
13.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terpenuhi		
14.	Rekam Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% 2. 100% 3. < 10 menu 4. < 15 menit 		Komite Medik /Kep Komite Medik /Kep Ka Subid RM Ka Subid RM
15.	Pengelolaan limbah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 	<ol style="list-style-type: none"> 1.a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 2. 100% 		Kepala IPAL Kepala IPAL
16.	Administrasi dan manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pertgusuan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 		Direktur Sekretaris Subag Kepegawaian Subag Kepegawaian

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	5. $\geq 60\%$ 6. $\geq 40\%$ 7. 100% 8. ≤ 2 jam		Ka. Inst. Diklat RS
17	Ambulance Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	1. 24 Jam 2. ≤ 30 menit 3. Sesuai ketentuan daerah		Kepala IPJ Pengelola Ambulance Kepala IGD
18.	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam		Kepala IPJ
19.	Pelayanan Pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. 100% 2. 100% 3. 100%		Kepala IPSRS Kepala IPSRS
20	Pelayanan laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100%		Kepala Inst. Linen

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun pencapaian	Penanggung jawab
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. 100%		Kepala Inst. Linen
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih 2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter) 3. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	1. $\geq 75\%$ 2. $\geq 60\%$ 3. $\geq 75\%$		Pandalin RS Pandalin RS Pandalin RS

Jenis Pelayanan	No	Indikator	TARGET							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
	4	Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 s/d 14.00 di pmg mulai 07.30 -14.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	5	Kejadian infeksi pasca operasi	1.50%	1.50%	1.50%	1.50%	1.50%	1.50%	1.50%	1.50%
	6	Kejadian Infeksi Nosokomial								
		a. Flebitis	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
		b. ISL	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%
		c. Infeksi Luka operasi	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%
		d. sepsis	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%
		e. pneumonia	0.40%	0.40%	0.40%	0.40%	0.40%	0.40%	0.40%	0.40%
		f. Dekubitas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	7	Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	8	Kematian pasien > 48 jam	2.02%	1.82%	1.62%	1.00%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%
	9	Kejadian pulang paksa	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
	10	Kepuasan pelanggan		80%	86%	90%	90%	90%	90%	90%
	11	Rawat inap TB		80%	86%	92%	100%	100%	100%	100%
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB		80%	86%	92%	100%	100%	100%	100%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit		80%	86%	92%	100%	100%	100%	100%
	12	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS tiap unit pelayanan (menkes pel 13)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	13	Kelengkapan syarat administrasi pasien Gakin rawat inap selesai dlm waktu < 2hari (menkes pel 13)		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
4. Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi efektif	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari
	2	Kejadian Kematian di meja operasi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	6	Tidak adanya kejadian tertinggainya benda asing lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Persalinan	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan								
		a. Perdarahan	1.60%	1.44%	1.28%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%
		b. Preeklamsia	3.50%	3.38%	3.26%	3%	3%	3%	3%	3%
		c. Sepsis		0.30%	0.25%	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%
	2	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Jenis Pelayanan	No	Indikator	TARGET						
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6 Perawatan Intensif	5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	15.60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	6	Penolongan Persalinan melalui seksio cesaria Keluarga Berencana:	15.60%	15.60%	15.60%	15.60%	15.60%	15.60%	15.60%
	7	a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	8	Kepuasan Pelanggan	67%	72%	77%	80%	80%	80%	80%
	1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	0.287%	0.287%	0.287%	0.287%	0.287%	0.287%	0.287%
	2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	17.60%	35.20%	70.40%	90.00%	100%	100%	100%
	7. Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam
8 Lab. Patologi Klinik	2	Pelaksana eksptersi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	2%	2%	2%	2%	2%	2%	
	4	Kepuasan pelanggan	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	5 jam	5 jam	4,5 jam	4 jam	4 jam	4 jam	
	2	Pelaksana eksptersi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	3	Kejadian kegagalan pelayanan laboratorium	0.023%	0.023%	0.023%	0.023%	0.023%	0.023%	
9. Rehabilitasi Medik	4	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	99.95%	100%	100%	100%	100%	100%	
	5	Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu (Menkes 18 poin 3)	95%	100%	100%	100%	100%	100%	
	6	Kepuasan pelanggan	72%	72%	80%	80%	80%	80%	
	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi medik yang direncanakan	2.80%	2.80%	2.80%	2.80%	2.80%	2.80%	
10. Hemodialisa	2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kepuasan pelanggan	72%	72%	80%	80%	80%	80%	
		Pemberian pelayanan hemodialisa yang telah bersertifikat	40%	46%	53%	75%	100%	100%	
11. Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi	23,8'	24'	24'	24'	24'	24'	
	2	Waktu tunggu pelayanan Obat racikan	47,59'	48'	48'	48'	48'	48'	
	3	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	4	Kepuasan pelanggan	75%	65%	68%	75%	80%	80%	
	5	Penulisan resep sesuai formularium	80%	80%	86%	92%	98%	100%	
12. Pelayanan transfusi darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	2	Kejadian Reaksi transfuse	0.015%	0.015%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	

Jenis Pelayanan	No	Indikator	TARGET						
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
13. Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien		99%	99%	99%	99%	99%	99%
	2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	23.20%	22.04%	21%	20%	20%	20%	20%
	3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	75%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
14. Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
	2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	L 3'	L 3'	L 3'	L 3'	L 3'	L 3'	L 3'
	4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	B 3' L 10' B 5'	B 3' L 10' B 5'	B 3' L 10' B 5'	B 3' L 10' B 5'	B 3' L 10' B 5'	B 3' L 10' B 5'	B 3' L 10' B 5'
15. Pengelolaan limbah	1	Baku mutu limbah cair a. BOD < 30 mg/l, b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	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	75%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Ketepatan waktu pertanggung jawaban kenaikan pangkat	85%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
	4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	99%	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%
	5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	53%	54%	55%	60%	60%	60.0%	60%
	6	Cost recovery	35%	36%	38%	39%	39.5	40%	40%
	7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt
	9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17. Ambulance	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	30 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt
	3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt
18. Pemulasaraan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam
	2	kemampuan petugas dalam melaksanakan pemulasaraan jenazah	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
19. Pelayanan Pemeliharaan sarana rumah sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	80%	85%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	<15 menit 85%	<15 menit 87.50%	15 menit 90%	15 menit 100%	15 menit 100%	15 menit 100%	15 menit 100%

