

LAMPIRAN  
 PERATURAN GUBERNUR BANTEN  
 NOMOR 34 TAHUN 2016  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANTEN

LAMPIRAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR RSUD BANTEN  
 TAHUN 2016 - 2020

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR SESUAI KMK 129 TAHUN 2008	BATAS WAKTU PENCAPAIAN				
						2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Gawat Darurat	1	Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> Anak dan Dewasa	1	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %
		2	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	2	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
		3	Pemberi Pelayanan Gawat Darurat Yang Bersertifikat Yang Masih Berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	3	100 %	90%	100%	100%	100%	100 %
		4	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	4	Satu tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	Satu tim
		5	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit	≤ 5 Menit
		6	Kepuasan Pelanggan	6	≥ 70 %	≥ 60 %	≥ 65 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %
		7	Kematian Pasien < 24 Jam	7	≤ 2 / 1000	≤ 2 / 1000	≤ 2 / 1000	≤ 2 / 1000	≤ 2 / 1000	≤ 2 / 1000
		8	Tidak Adanya Pasien Yang Diharuskan Membayar Uang Muka	8	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1	100 % Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100 % Dokter Spesialis
			Ketersediaan Pelayanan	2	Klinik Anak	Klinik Anak	Klinik Anak	Klinik Anak	Klinik Anak	Klinik Anak
					Klinik Penyakit Dalam	Klinik Penyakit Dalam	Klinik Penyakit Dalam	Klinik Penyakit Dalam	Klinik Penyakit Dalam	Klinik Penyakit Dalam
					Klinik Kebidanan	Klinik Kebidanan	Klinik Kebidanan	Klinik Kebidanan	Klinik Kebidanan	Klinik Kebidanan
					Klinik Bedah	Klinik Bedah	Klinik Bedah	Klinik Bedah	Klinik Bedah	Klinik Bedah

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR SESUAI KMK 129 TAHUN 2008	BATAS WAKTU PENCAPAIAN				
						2016	2017	2018	2019	2020
		3	Jam Buka Pelayanan	4	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	09.00 - 12.00	09.00 - 12.00	08.30 - 12.30	08.30 - 13.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00
		4	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	5	≤ 60 menit	90 Menit	75 Menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		5	Kepuasan Pelanggan	6	≥ 90 %	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90 %
		6	a. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskop TB	7	≥ 60 %	≥ 50%	≥ 50%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
			b. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS		≤ 60 %	≤ 60%	≤ 60%	≤ 60%	≤ 60%	≤ 60%
<b>3</b>	<b>Rawat Inap</b>	1	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	1	100 % Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%
					100 % Perawat minimal pendidikan D3	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3	Anak	Anak	Anak	Anak	Anak	Anak
					Penyakit Dalam	Penyakit Dalam	Penyakit Dalam	Penyakit Dalam	Penyakit Dalam	Penyakit Dalam
					Kebidanan	Kebidanan	Kebidanan	Kebidanan	Kebidanan	Kebidanan
					Bedah	Bedah	Bedah	Bedah	Bedah	Bedah
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	4	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	Setiap Hari Kerja	Setiap Hari Kerja	Setiap Hari Kerja	Setiap Hari Kerja	Setiap Hari Kerja
		5	Kejadian Infeksi Pasca Operasi	5	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	6	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		7	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan / Kematian	7	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Kematian Pasien > 48 Jam	8	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %
		9	Kejadian Pulang Paksa	9	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
		10	Kepuasan Pelanggan	10	≥ 90 %	≥ 75%	≥ 85%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90 %
		11	Rawat Inap TB	11						
			a. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB		≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
			b. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit		≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
<b>4</b>	<b>Bedah Sentral</b>	1	Waktu Tunggu Operasi Elektif	1	≤ 2 hari	≤ 3 hari	≤ 3 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari
		2	Kejadian Kematian di Meja Operasi	2	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
		3	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	3	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	4	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR SESUAI KMK 129 TAHUN 2008	BATAS WAKTU PENCAPAIAN				
						2016	2017	2018	2019	2020
		5	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi	5	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		6	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing/ Lain pada Tubuh Pasien Setelah Operasi	6	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		7	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi, dan Salah Penempatan	7	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
5	Persalinan dan Perinatologi	1	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	1	Perdarahan ≤ 1 %	Perdarahan ≤ 1 %	Perdarahan ≤ 1 %	Perdarahan ≤ 1 %	C	C
					Pre-eklampsia ≤ 30 %	Pre-eklampsia ≤ 30 %	Pre-eklampsia ≤ 30 %	Pre-eklampsia ≤ 30 %	Pre-eklampsia ≤ 30 %	Pre-eklampsia ≤ 30 %
					Sepsis ≤ 0,2 %	Sepsis ≤ 0,2 %	Sepsis ≤ 0,2 %	Sepsis ≤ 0,2 %	Sepsis ≤ 0,2 %	Sepsis ≤ 0,2 %
		2	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	2	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG
					Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan
		3	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit	3	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih
		4	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi	4	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG	Dokter Sp.OG
					Dokter Sp.A	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A	Dokter Sp.A
					Dokter Sp.An	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An	Dokter Sp.An
		5	Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Caesaria	6	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
		7	Keluarga Berencana	7	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			a. Presentase KB (Vasektomi & Tubektomi) yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.Umum terlatih			100%	100%	100%		
			b. Prosentase Peserta KB Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap oleh Bidan Terlatih		100%	100%	100%	100%		
		8	Kepuasan Pelanggan	8	≥ 80 %	≥ 70 %	≥ 75 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
6	Intensif	1	Rata-rata Pasien yang Kembali Ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 jam	1	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %
		2	Pemberi Pelayanan Unit Intensif	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)	Dokter Sp.Anestesi dan Dokter Spesialis Sesuai dengan Kasus yang Ditangani  100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	Dokter Sp.Anestesi dan Dokter Spesialis Sesuai dengan Kasus yang Ditangani  100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	Dokter Sp.Anestesi dan Dokter Spesialis Sesuai dengan Kasus yang Ditangani  100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	Dokter Sp.Anestesi dan Dokter Spesialis Sesuai dengan Kasus yang Ditangani  100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	Dokter Sp.Anestesi dan Dokter Spesialis Sesuai dengan Kasus yang Ditangani  100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
7	Radiologi	1	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto	1	≤ 3 jam	≤ 4 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR SESUAI KMK 129 TAHUN 2008	BATAS WAKTU PENCAPAIAN				
						2016	2017	2018	2019	2020
		2	Pelaksana Ekspertisi	2	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad
		3	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	3	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4	Kepuasan Pelanggan	4	≥ 80 %	≥ 75 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
<b>8</b>	<b>Labolatorium dan Patologi Klinik</b>	1	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium.	1	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
		2	Pelaksana Ekspertisi	2	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK
		3	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Laboratorium	3	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4	Kepuasan Pelanggan	4	≥ 80 %	≥ 75 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
<b>9</b>	<b>Rehabilitasi Medik</b>	1	Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	1	≤ 50 %	≤ 60 %	≤ 55 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %
		2	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	2	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3	Kepuasan Pelanggan	3	≥ 80 %	≥ 75 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
<b>10</b>	<b>Farmasi</b>	1	Waktu Tunggu Pelayanan	1						
			a. Obat Jadi		a. ≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit
			b. Racikan		b. ≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		2	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Kepuasan Pelanggan	3	≥ 80 %	≥ 75 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		4	Penulisan Resep Sesuai Formularium	4	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>11</b>	<b>Gizi</b>	1	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	1	≥ 90 %	≥ 80 %	≥ 85 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		2	Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien	2	≤ 20 %	≤ 30 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
		3	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	3	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %
<b>12</b>	<b>Transfusi Darah</b>	1	Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi	1	100 % terpenuhi	90%	100%	100%	100%	100 % terpenuhi
		2	Kejadian Reaksi Transfusi	2	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %
<b>13</b>	<b>Pelayanan GAKIN</b>	1	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan	1	100 % terlayani	100 % terlayani	100 % terlayani	100 % terlayani	100 % terlayani	100 % terlayani
<b>14</b>	<b>Rekam Medik</b>	1	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan	1	100 %	90%	100 %	100 %	100 %	100 %
		2	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas	2	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	3	≤ 10 menit	≤ 30 menit	≤ 20 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR SESUAI KMK 129 TAHUN 2008	BATAS WAKTU PENCAPAIAN				
						2016	2017	2018	2019	2020
		4	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	4	≤ 15 menit	≤ 30 menit	≤ 25 menit	≤ 20 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit
15	Pengelolaan Limbah	1	Baku Mutu Limbah Cair	1.	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l	BOD < 30 mg/l
					COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l	COD < 80 mg/l
					TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l	TSS < 30 mg/l
					PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9
		2	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Administrasi dan Manajemen	1	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	1	100 %	90%	90%	100%	100%	100 %
		2	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	2	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %
		3	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	3	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %
		4	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala	4	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %
		5	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Setahun	5	≥ 60 %	20%	60%	80%	100%	100%
		6	<i>Cost Recovery</i>	6	≥ 40 %	37%	36%	46%	54%	80%
		7	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	7	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %
		8	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	8	≤ 2 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		9	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu	9	100 %	90%	90%	100%	100%	100 %
17	Ambulance / Kereta Jenazah	1	Waktu Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah	1	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit	2	≤ 230 menit	≤ 250 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit	≤ 230 menit
		3	<i>Response Time</i> Pelayanan Ambulance Oleh Masyarakat yang Membutuhkan	3	Sesuai ketentuan daerah	< 3 Jam	< 2 Jam	< 1 Jam	< 1 Jam	< 1 Jam
18	Pemulasaran Jenazah	1	Waktu Tanggap ( <i>Response Time</i> ) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	1	≤ 2 Jam	≤ 4 jam	≤ 3 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 Jam
19	Pemeliharaan Sarana Rumah	1	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	1	≤ 80 %	70%	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %
		2	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	2	100 %	90%	100 %	100 %	100 %	100 %
		3	Peralatan Laboratorium dan Alat Ukur yang Digunakan dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi	3	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100 %
20	Laundry	1	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang	1	100 %	90%	100%	100%	100%	100 %
		2	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	2	100%	90%	100%	100%	100%	100%
21	Pencegahan dan Pengendalian	1	Ada Anggota Tim PPI yang Terlatih	1	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 50 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 60 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2	Tersedia APD di Setiap Instalasi/ Departemen	2	60 %	75%	75%	60 %	60 %	60 %

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR		STANDAR SESUAI KMK 129 TAHUN 2008	BATAS WAKTU PENCAPAIAN				
						2016	2017	2018	2019	2020
		3	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial / <i>HAI (Healthcare Associated Infection)</i> di RS (min 1 parameter)	3	75 %	75%	75%	75%	75%	75 %

GUBERNUR BANTEN,

ttd

RANO KARNO

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

AGUS MINTONO, SH. M.Si  
Pembina Tk. I  
NIP. 19680805 199803 1 010