



**BERITA DAERAH KABUPATEN BANJARNEGARA
TAHUN 2011 NOMOR 48 SERI E**

PERATURAN BUPATI BANJARNEGARA
NOMOR 938 TAHUN 2011

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANJARNEGARA

BUPATI BANJARNEGARA,

Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

- b. bahwa dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 / Menkes / SK / II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu membentuk Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banjarnegara;
- c. bahwa untuk maksud tersebut pada huruf a dan huruf b di atas perlu ditetapkan Peraturan Bupati;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4355);
 4. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4389);

5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4844);
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4438);
9. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5038);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5063);

11. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5072);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4027);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2001 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4090);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4502);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4578);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4585);

18. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4593);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara RI Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4614);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara RI Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4737);
21. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4741);
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 228 / MENKES /SK/ III / 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal RSUD Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457 / MENKES / SK / X / 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten / Kota;
26. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
27. Peraturan Daerah Kabupaten Banjarnegara Nomor 17 Tahun 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Banjarnegara (Lembaran daerah Kabupaten Banjarnegara Tahun 2008 Nomor 17 seri D, Tambahan Lembaran daerah Nomor 109);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANJARNEGARA.**

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
2. Bupati adalah Bupati Banjarnegara.

3. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banjarnegara yang selanjutnya disingkat RSUD adalah RSUD sebagai Satuan Perangkat Daerah Kabupaten Banjarnegara yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Banjarnegara melalui Sekertaris Daerah.
4. Direktur adalah Direktur RSUD Kabupaten Banjarnegara.
5. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
6. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Kabupaten Banjarnegara kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
7. 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 secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.
8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.
9. Mutu Pelayanan Kesehatan 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 pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
10. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran BLUD.

11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standard *World Health Organizations*.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. 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 tolak ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standard yang telah ditetapkan sebelumnya.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai pedoman pelaksanaan bagi RSUD dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di RSUD sehingga mutu pelayanan dapat dijaga dengan konsisten.
- (2) SPM bertujuan sebagai tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan yang diselenggarakan oleh RSUD .

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, NILAI,
BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 3

- (1) RSUD menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan upaya rujukan sesuai dengan SPM.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD yang meliputi jenis pelayanan, indikator kinerja dan target pencapaian dari beberapa jenis pelayanan yang meliputi :
 - a. Pelayanan Medis, Pelayanan Penunjang dan Pelayanan Keperawatan :
 1. Pelayanan Gawat Darurat;
 2. Pelayanan Rawat Jalan;
 3. Pelayanan Rawat Inap;
 4. Pelayanan Bedah Sentral;
 5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
 6. Pelayanan Intensif;
 7. Pelayanan Radiologi;
 8. Pelayanan Laboratorium;
 9. Pelayanan Rehabilitasi Medis;
 10. Pelayanan Farmasi;
 11. Pelayanan Gizi;
 12. Pelayanan GAKIN;
 13. Pelayanan Ambulance / kereta jenazah;
 14. Pelayanan Pengelolaan Limbah;

15. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
 16. Pelayanan Pemeliharaan Sarana RSUD.
- b. Administrasi Manajemen :
1. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
 2. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
 3. Pelayanan Laundry;
 4. Pelayanan Rekam Medis.

Pasal 4

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) diberlakukan dan dilaksanakan melalui penerapan Standar Pelayanan RSUD yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 5

Penjabaran SPM selanjutnya meliputi indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana tersebut dalam Lampiran dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PENGORGANISASIAN

Pasal 6

- (1) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan RSUD sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua lini melalui penerapan Standar Pelayanan RSUD dibawah koordinasi Bidang Pelayanan RSUD.

BAB V PELAKSANAAN

Pasal 7

- (1) RSUD yang telah ditetapkan menjadi PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM yang sudah ditetapkan.
- (3) SPM yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM RSUD dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB VI PENERAPAN

Pasal 8

- (1) Direktur wajib menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan SPM.

- (3) Setiap unit kerja dalam menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya selalu berpedoman SPM.

BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

PEMBINAAN

Pasal 9

- (1) Pembinaan RSUD yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD sesuai SPM.
- (3) Fasilitasi yang dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk pemberian dan pemenuhan standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi :
 - a. penghitungan kebutuhan pelayanan kesehatan meliputi sumber daya dan dana sesuai SPM
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

PENGAWASAN

Pasal 10

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur .
- (3) Pengawas Internal bersama-sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.
- (5) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagai mana dimaksud dalam Pasal 9 dan Pasal 10 ayat (1) dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (6) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah organisasi yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
- (7) Direktur menyampaikan laporan dan evaluasi pencapaian kinerja pelayanan RSUD SPM kepada Bupati.
- (8) Anggaran yang diperlukan dalam pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam RBA RSUD.

BAB IX
PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan
Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah
Kabupaten Banjarnegara.

Ditetapkan di Banjarnegara
pada tanggal 20 - 9 - 2011
BUPATI BANJARNEGARA,
Cap ttd,
D J A S R I

Diundangkan di Banjarnegara
pada tanggal 20 - 9 - 2011
SEKRETARIS DAERAH,
Cap ttd,
FAHRUDIN SLAMET SUSIADI

BERITA DAERAH KABUPATEN BANJARNEGARA TAHUN 2011
NOMOR 48 SERI E

Salinan sesuai dengan aslinya
Sekretaris Daerah,

Drs. Fahrudin Slamet Susiadi,MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19600519 19810 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN BANJARNEGARA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT**



**RSUD KABUPATEN BANJARNEGARA
JLN. JEND SOEDIRMAN NO 42 BANJARNEGARA
TAHUN 2011**

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 RSUD 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 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. Dalam penjelasan Pasal 39 ayat 2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 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.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I 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. Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan social, ekonomi dan pemerintahan. 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.

B. Maksud dan Tujuan

Petunjuk teknis standar pelayanan minimal ini dimaksudkan guna memberikan panduan kepada daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pelayanan Rumah Sakit

Petunjuk teknis standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja , ukuran atau satuan, rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2010, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja , dan sumber data.

C. Pengertian

1. Umum :

- a. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

- b. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif
 - c. Standar pelayanan minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.
 - d. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu
2. Khusus :
- a. Dimensi kinerja adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan standar pelayanan minimal yang meliputi: akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia.
 - b. Tujuan indikator adalah latar belakang/alasan mengapa indikator kinerja tersebut perlu diukur.
 - c. Definisi operasional: dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
 - d. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
 - e. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
 - f. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
 - g. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
 - h. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
 - i. 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 yang ada di RSUD Kabupaten Banjarnegara.
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan difahami;
3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM apat 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 dipertanggungjawabkan kepada publik;
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

E. Landasan Hukum:

1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
3. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Pelayanan Publik;
4. Undang- Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;

7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
13. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/MenKes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;

BAB II SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

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 RSUD
3. Bab III Standar Pelayanan Minimal RSUD terdiri dari;

- a. Jenis Pelayanan
- b. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar
4. Bab IV Peran Pemerintah Kabupaten Banjarnegara
5. Bab V Penutup
6. Lampiran

BAB III STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD KABUPATEN BANJARNEGARA

Standar Pelayanan Minimal RSUD dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan di RSUD Kabupaten Banjarnegara.

a. Jenis-jenis Pelayanan RSUD

Jenis-jenis pelayanan RSUD yang minimal wajib disediakan, meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah Sentral
5. Pelayanan Persalinan, Perinatalogi dan Keluarga Berencana
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Tranfusi Darah
13. Pelayanan Keluarga Miskin
14. Pelayanan Rekam Medis
15. Pengelolaan Limbah
16. Pelayanan Administrasi Manajemen
17. Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah

18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana RSUD
20. Pelayanan Laundry
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

b. SPM setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian	Penanggung Jawab
1.	GAWAT DARURAT	1. Kemampuan menangani <i>lifesaving</i> anak dan dewasa	1. 100 %	3 tahun	Kepala IGD
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam	1 bulan	Kepala IGD
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	3. 100 %	4 tahun	Kepala IGD
		4. Kecepatan pelayanan Dokter di IGD (respon time)	4. 5 menit terlayani setelah pasien datang	1 tahun	Kepala IGD
		5. Ketersediaan Pelayanan Penunjang 24 Jam	5. 100 %	1 tahun	Kepala IGD Ka Instalasi Laboratorium
		6. Kematian pasien 24 Jam	6. 2 perseribu	1 tahun	Kepala IGD
		7. Kepuasan Pelanggan	7. 70 %	3 tahun	Kepala IGD / Komite Mutu
		8. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100 %	1 tahun	Kabid Pelayanan Medis Kabid Keuangan
		9. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	9. 1 Tim	1 Tahun	Kepala IGD / Tim BSB

2.	RAWAT JALAN	<p>1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis</p> <p>2. Ketersediaan Pelayanan</p> <p>3. Jam buka pelayanan : (Loket Pendaftaran : Senin s/d Kamis 07.30 – 11.30, Jum'at 07.30 – 10.00, Sabtu 07.30 – 11.00) (Pemeriksaan Dokter di Poliklinik : 09.00 – selesai)</p>	<p>1. 100 % Dokter Spesialis</p> <p>2. a. Poliklinik Anak b. Poliklinik Penyakit Dalam c. Poliklinik Obsgyn d. Poliklinik Bedah e. Poliklinik Syaraf f. Poliklinik Mata g. Poliklinik Kulit dan Kelamin h. Poliklinik THT i. Poliklinik Gigi j. Poliklinik Rehab Medik k. Poliklinik Psikologi</p> <p>3. 100 %</p>	<p>5 tahun</p> <p>2 tahun</p> <p>2 tahun</p>	<p>Kabid Pelayanan Medis dan Penunjang Medis Ka IRJA</p> <p>Kabid Pelayanan Medis dan Penunjang Medis Kepala IRJA</p>
----	-------------	---	--	--	---

		4. Waktu tunggu di rawat jalan	4. 60 menit	1 tahun	Kepala IRJA
		5. Kepuasan Pelanggan	5. 80%	3 tahun	Kepala Kepala IRJA /Komite Mutu
		6. a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopik TB	6. a 60 %	3 tahun	Kepala IRJA
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. 60 %		
3.	RAWAT INAP	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap (Dokter spesialis dan tenaga perawat minimal berijazah D3)	1. 100 %	1 tahun	Kepala IRNA Ketua Komed
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2. 100 %	1 tahun	Kepala IRNA Ketua Komed
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3 a. Penyakit Anak b. Penyakit Dalam c. Poliklinik Obsgyn d. Bedah e. Syaraf f. Mata g. THT h. Rehabilitasi Medis i. Psikologi	1 tahun	
		4. Jam Visite Dokter Spesialis sesuai ketentuan sebelum jam 12.00	4. 100 %	1 tahun	Kepala IRNA
		5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	5. 1,5 %	5 tahun	Komite Medis

		6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian 8. Kematian pasien > 48 jam 9. Kejadian pulang paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopik TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	6. 1,5 % 7. 100 % 8. 0,24 % 9. 5 % 10. 80 % 11. a. 60 % b. 60 %	5 tahun 5 tahun 3 tahun 3 tahun 3 tahun 3 tahun	Komite Medis Komite Keperawatan Komite Medis Kepala IRNA Kepala IRNA / Komite Mutu Kepala IRNA
4.	BEDAH SENTRAL	1. Waktu tunggu operasi efektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	1. 2 hari 2. 1 % 3. 100 % 4. 100 % 5. 100 % 6. 100 % 7. 6 %	1 tahun 1 tahun 1 tahun 1 tahun 1 tahun 1 tahun 1 tahun	Kepala IBS Kepala IBS Kepala IBS Kepala IBS Kepala IBS Kepala IBS Koordinator Anestesi
5.	PERSALINAN, PERINATOLOGI DAN KB.	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan : a. Perdarahan	1. a. 1 %	3 Tahun	Ketua Komed

		<ul style="list-style-type: none"> b. Pre-Eklamsi c. Sepsis <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis Obsgyn. b. Dokter Umum terlatih APN c. Bidan terlatih APN <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Dokter spesialis Obsgyn)</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Perawat. Anestesi 	<ul style="list-style-type: none"> b. 5 % c. 0,2 % <p>2. a. 100 % b. 100% c. 100%</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. a. 100 % b. 100% c. 100%</p>	<p>1 tahun 5 tahun 1 tahun</p> <p>1 tahun</p> <p>1 tahun</p>	<p>Ketua Komed</p> <p>Ketua Komed</p> <p>Ketua Komed</p>
		<p>5. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr</p> <p>6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria</p> <p>7. Kepuasan Pasien</p>	<p>5. 100 %</p> <p>6. 20 %</p> <p>7. 80 %</p>	<p>4 tahun</p> <p>2 tahun</p> <p>3 tahun</p>	<p>Ka Ruang Perinatologi</p> <p>Ketua Komed</p> <p>Kepala Bangsal / Komite Mutu</p>
6.	RAWAT INTENSIF	<p>1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam</p> <p>2. Pemberi pelayanan Unit Intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis b. Perawat D3 dengan sertifikat Perawat ICU/Setara 	<p>1. 3 %</p> <p>2. a. 100 % b. 60 %</p>	<p>2 tahun</p> <p>2 tahun</p>	<p>Kepala ICU</p> <p>Kepala ICU</p>

7.	RADIOLOGI	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1. 3 jam	1 tahun	Ka Instalasi Radiologi
		2. Pelaksana ekspertisi (dokter Sp.Rad)	2. 100 %	1 tahun	Ka Instalasi Radiologi
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3. 2 %	1 tahun	Ka Instalasi Radiologi
		4. Kepuasan pelanggan	4. 80 %	3 tahun	Ka Instalasi Radiologi / Komite Mutu
8.	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah & darah rutin)	1. 140 Jam	1 tahun	Ka. Instalasi Laboratorium
		2. Pelaksana ekspertisi (Analisis laboratorium)	2. 100 %	1 tahun	Ka. Instalasi Laboratorium
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3. 100 %	1 tahun	Ka. Instalasi Laboratorium
		4. Kepuasan pelanggan	4. 80 %	3 tahun	Ka. Instalasi Laboratorium / Komite Mutu
9.	REHABILITASI MEDIS	1. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medis yang direncanakan	1. 50 %	1 tahun	Ka Instalasi Rehab Medis
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100 %	1 tahun	Ka. Instalasi Rehab Medis
		3. Kepuasan Pelanggan	3. 80 %	3 tahun	Ka. Instalasi Rehab Medis Komite Mutu

10.	FARMASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan Obat <ol style="list-style-type: none"> a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. 30 menit b. 60 menit 2. 100 % 3. 80 % 4. 100 % 	<ol style="list-style-type: none"> 1 tahun 1 tahun 3 tahun 1 tahun 	<ol style="list-style-type: none"> Ka. Instalasi Farmasi Ka. Instalasi Farmasi Ka Instalasi Farmasi / Komite Mutu Ka Instalasi Farmasi
11.	GIZI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 85 % 2. 20% 3. 100 % 4. 80 % 	<ol style="list-style-type: none"> 1 tahun 1 tahun 1 tahun 3 tahun 	<ol style="list-style-type: none"> Ka. Instalasi Gizi Ka. Instalasi Gizi Ka. Instalasi Gizi Ka. Instalasi Gizi / Komite Mutu
12.	TRANFUSI DARAH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi 2. Kejadian reaksi tranfusi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% 2. 0,01% 	<ol style="list-style-type: none"> 1 tahun 1 tahun 	<ol style="list-style-type: none"> Ka. Instalasi Laboratorium
13.	GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	1 tahun	Kabid Pelayanan Medis dan Penunjang Medis
14.	REKAM MEDIS	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1 100 %	1 tahun	Komite Medis & Komite

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 5. Kepuasan pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> 2. 100 % 3. 10 menit 4. 15 menit 5. 80 % 	<ul style="list-style-type: none"> 1 tahun 5 tahun 1 tahun 3 tahun 	<ul style="list-style-type: none"> Keperawatan Komite Medis & Komite Keperawatan Ka. Instalasi RM. Ka. Instalasi RM Ka. Instalasi RM / Komite Mutu
15.	PENGELOLAAN LIMBAH	<ul style="list-style-type: none"> 1. Baku mutu limbah cair <ul style="list-style-type: none"> a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6 – 9 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> 2 tahun 2 tahun 	<ul style="list-style-type: none"> Kepala Instalasi Sanitasi dan Pertamanan Kepala Instalasi Sanitasi dan Pertamanan
16.	ADMINISTRASI MANAJEMEN	<ul style="list-style-type: none"> 1. Urusan Direksi dan Staff Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Kepegawaian <ul style="list-style-type: none"> a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat b. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala c. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 100 % a. 100 % b. 100 % c. 60 % 	<ul style="list-style-type: none"> 6 bulan 1 tahun 1 tahun 2 tahun 	<ul style="list-style-type: none"> Direktur , Pejabat Struktural Sub Bag Kepegawaian Ka. Instalasi Diklat

		<p>3. Pengelolaan Barang Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang yang sudah tersedia (maksimal 15 menit)</p> <p>4. Keuangan</p> <p>a. <i>Cost Recovery Rate</i></p> <p>b. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan tanggal 10 setiap bulan berikutnya.</p> <p>c. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap</p> <p>d. Ketepatan waktu pemberian insentif (sesuai kesepakatan maksimal tanggal 21 setiap bulan)</p>	<p>80 %</p> <p>a. 40 % b. 100 %</p> <p>c. 2 Jam</p> <p>d. 100 %</p>	<p>1 tahun</p> <p>2 tahun 6 bulan</p> <p>1 tahun</p> <p>2 tahun</p>	<p>Ka Sub Bag. Umum</p> <p>Ka. Bid Keuangan Ka. Bid Keuangan</p> <p>Ka. Bid Keuangan</p> <p>Ka. Bid Keuangan</p>
17.	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	<p>1. Jam Pelayanan</p> <p>2. Kecepatan waktu memberikan pelayanan.</p>	<p>1. 24 Jam</p> <p>2. 30 Menit</p>	<p>1 tahun 6 bulan</p>	<p>Koordinator Sopir Koordinator Sopir</p>
18.	PEMULASARA-AN JENAZAH	<p>1. Jam Pelayanan</p> <p>2. Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah</p>	<p>1. 24 Jam</p> <p>2. 2 jam</p>	<p>1 tahun 1 tahun</p>	<p>Kepala IPJ Kepala IPJ</p>
19.	PEMELIHARAAN SARANA - PRASARANA RS	<p>1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat (maksimal 15 menit)</p> <p>2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat</p> <p>3. Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</p>	<p>1. 80 %</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. 100 %</p>	<p>2 tahun</p> <p>2 tahun</p> <p>2 tahun</p>	<p>Ka. IPSRS dan Ka Instalasi Elektro Medis Ka. IPSRS dan Ka Instalasi Elektro Medis Ka. IPSRS dan Ka Instalasi Elektro Medis</p>

20.	LAUNDRY	1. Tidak ada kejadian linen yang hilang	1. 100 %	3 tahun	Ka. Instalasi Sanitasi dan Pertamanan Ka. Instalasi Sanitasi dan Pertamanan
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen bersih (maksimal 30 menit)	2. 100 %	3 tahun	
21.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	1. Ada Panitia PPI yang terlatih	1. 100 %	4 tahun	Komite Medis Panitia PPI
		2. Tersedia APD disetiap Instalasi / ruang	2. 100 %	5 tahun	
		3. Kegiatan Surveilans Infeksi berjalan secara terstruktur	3. 100 %	3 tahun	Panitia PPI

BAB IV PERAN PEMERINTAH KABUPATEN BANJARNEGARA

Peran Pemerintah Kabupaten Banjarnegara dalam pelaksanaan SPM di RSUD adalah sebagai berikut:

1. Pengorganisasian:
 - a. Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD sesuai SPM yang dilaksanakan oleh RSUD Kabupaten Banjarnegara.
 - b. Penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud dalam butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara.
2. Pelaksanaan dan Pembinaan
 - a. Wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM yang disusun dan disahkan oleh Bupati Banjarnegara.
 - b. Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan SPM.
 - c. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM dan mekanisme kerjasama antar daerah Kabupaten/Kota.
 - d. Fasilitasi dimaksud butir c dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
 - 1) Perhitungan kebutuhan pelayanan sesuai SPM.
 - 2) Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM.
 - 3) Penilaian pengukuran kinerja.
 - 4) Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

3. Pengawasan
 - a. Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM RSUD Kabupaten Banjarnegara.
 - b. Bupati menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD sesuai SPM yang ditetapkan dalam laporan pertanggung jawaban Bupati kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Banjarnegara.

BAB V PENUTUP

SPM pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan RSUD yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan nilai / standar kinerja yang ditetapkan. Untuk mencapai SPM tersebut perlu disusun rencana pencapaian SPM dengan mempertimbangkan ketersediaan dan potensi pengembangan sumber daya daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya SPM RSUD diharapkan dapat membantu pelaksanaan pelayanan di RSUD sehingga dapat dijamin mutu dan akuntabilitas pelayanan kepada masyarakat. SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola RSUD dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam SPM ini, akan diatur dengan Buku Petunjuk Teknis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BUPATI BANJARNEGARA,

Cap ttd,

D J A S R I

RENCANA PENCAPAIAN SPM RSUD KABUPATEN BANJARNEGARA

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	PENCAPAIAN HASIL TAHUN 2010	TAHAPAN TARGET PENCAPAIAN				
						2011	2012	2013	2014	2015
1.	GAWAT DARURAT	1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	100 %	1 th	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD	100%	4 tahun	ATLS = 68 % ACLS = 71,4 % BCTLS =83,5%	80 %	85 %	90%	100 %	100 %
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Kecepatan	5 menit	1 tahun	6 menit	5	5	5	5	5

		Pelayanan Dokter di IGD (<i>response time</i>)	setelah pasien datang			menit	menit	menit	menit	menit
		6. Kematian pasien < 24 jam	2 0/00	1 tahun	2,02 0/00	2 0/00	2 0/00	2 0/00	2 0/00	2 0/00
		7. Kepuasan Pelanggan	80 %	1 tahun	Belum ada data	75 %	80 %	82 %	85 %	85 %
2.	RAWAT JALAN	1. Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Ketersediaan pelayanan	a. Poliklinik Anak b. Poliklinik Penyakit Dalam c. Poliklinik Obsgyn d. Poliklinik Bedah e. Poliklinik Syaraf f. Poliklinik Mata g. Poliklinik Kulit dan kelamin	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		h. Poliklinik THT i. Poliklinik Gigi j. Poliklinik Rehab Medik k. Poliklinik Psikologi								
		3. Jam buka pelayanan : (Loket Pendaftaran : Senin s/d kamis 07.30 – 11.30, Jum'at 07.30 – 10.00, Sabtu 07.30 – 11.00) (Pemeriksaan Dokter dipoliklinik : 09.00 – selesai)	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	60 menit	1 tahun	60 menit	50 menit	40 menit	30 menit	25 menit	25 menit
		5. Kepuasan Pelanggan	80 %	3 tahun	69 %	73 %	77 %	80 %	80 %	80 %
		6. a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan miskroskopik TB	a. 60 %	1 tahun	a. 80%	80 %	80 %	90 %	100 %	100%

		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. 60 %	2 tahun	b. 50 %	55 %	60 %	70%	80%	90%
3	RAWAT INAP	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis dan tenaga perawat minimal berijazah D3)	100 %	1 tahun	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Penyakit Anak b. Penyakit Dalam c. Poliklinik Obsgyn d. Bedah e. Syaraf f. Mata g. THT h. Rehab Medik i. Psikologi	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		4. Jam Visite Dokter Spesialis (sesuai ketentuan sebelum jam 12.00	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	1,5 %	1 tahun	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	1,5 %	2 tahun	1,6 %	1,4 %	1 %	0,8 %	0,5 %	0 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	0,24 %	3 tahun	1,91 %	1 %	0,5 %	0,24%	0,24%	0,24%
		9. Kejadian pulang paksa	5 %	1 tahun	6 %	5 %	4 %	3 %	3 %	2 %

		10. Kepuasan pelanggan	80 %	3 tahun	75,3 %	77 %	79 %	80 %	80 %	80 %
		11. a.Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopik TB	a. 60 %	1 tahun	a. 80%	80 %	80 %	90 %	100 %	100%
		b.Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. 60 %	2 tahun	b. 50 %	55 %	60 %	75 %	85 %	95 %
4	BEDAH SENTRAL	1. Waktu tunggu operasi	2 hari	1 tahun	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	1 %	1 tahun	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	6 %	1 tahun	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
5	PERSALINAN, PERINATOLOGI DAN KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan: a. Perdarahan b. Pre-Eklamsi	a. 1 % b. 5 %	1 tahun	a. 0 % b. 0 %	a. 0 % b. 0 %	a. 0 % b. 0 %	a. 0 % b. 0 %	a. 0 % b. 0 %	a. 0 % b. 0 %

		c. Sepsis	c. 0,2 %		c. 0 %	c. 0 %	c. 0 %	c. 0 %	c. 0 %	c. 0 %
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal								
		a. Dokter Spesialis Obsgyn.	a. 100%	a. 1 tahun	a. 100%	a.100%	a.100%	a.100%	a.100%	a.100%
		b. Dokter Umum terlatih APN	b. 100%	b. 5 tahun	b. 0 %	b. 0 %	b. 25 %	b. 50 %	b. 75 %	b.100%
		c. Bidan	c. 100%	c. 1 tahun	c. 100%	c.100%	c.100%	c.100%	c.100%	c.100%
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEK yang terlatih)	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi								
		a. Dokter Sp.OG	a. 100 %	3 tahun	a. 100 %	a.100%	a.100%	a.100%	a.100%	a.100%
		b. Dokter Sp.A	b. 100 %		b. 60 %	b. 60 %	b. 60%	b.100%	b.100%	b.100%

		c. Dokter Sp.An	c. 100 %		c. 0 % Sp. A hanya 1 Sp.An belum ada	c. 0 % Sp. A hanya 1 Sp.An belum ada	c. 0 % Sp. A hanya 1 Sp.An belum ada	c.100% pena mbah an 1 orang Sp.A dan Sp.An	c.100%	c.100%
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr	100 %	4 tahun	80 %	85 %	85 %	90 %	100 %	100 %
		6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Caesaria	20 %	1 tahun	21 %	17 %	15 %	13 %	10 %	10 %
		7. Keluarga berencana a. Presentase KB (Vasectomi dan Tubektomi) yang dilaksanakan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr Sp.B, dr.Sp.U dan Dokter umum terlatih.	a.100 %	1 tahun	a.100 %	a.100%	a.100%	a.100%	a.100%	a.100%

		c. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	b. 100 %	1 tahun	b. 100 %	b.100%	b.100%	b 100%	b.100%	b.100%
		8. Kepuasan Pasien	80 %	3 tahun	73,7 %	75 %	79 %	81 %	83 %	85 %
6	INTENSIF	1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	3 %	1 tahun	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif: a. Dokter spesialis Anastesi dan dokter Spesialis sesuai dengan kasus	a. 100 %	3 tahun	0 % Sp.An 100 % Sp.	0 % Sp.An 100 % Sp.	0 % Sp.An 100 % Sp.	100 % Sp.An 100 % Sp.	100 % Sp.An 100 % Sp.	100 % Sp.An 100 % Sp.

		b. Perawat D3 dengan sertifikat Perawat ICU/Setara	b. 100 %		70 % prwt	80 % prwt	90 %	100 %prwt	100	100% prwt
7	RADIOLOGI	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	3 jam	1 tahun	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam
		2. Pelaksana ekspertisi(do kter Sp.Rad)	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	2 %	1 tahun	2 %	2 %	2 %	1,5 %	1,5 %	1 %
		4. Kepuasan pelanggan	80%	3 tahun	40,3 %	60 %	90 %	90 %	60 %	60 %
8	LABORATO-RIUM PATOLOGI KLINIK	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	140 menit	1 tahun	120 menit	120 menit	100 menit	100 menit	90 menit	90 menit
		2. Pelaksana ekspertisi (Sp.PK)	100 %	4 tahun	0 % Menunggu dr Tubel	0 % Menu nggu dr Tubel	0% Menu nggu dr Tubel	0% Menu nggu dr Tubel	100%	100%

		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Kepuasan pelanggan	80 %	3 tahun	Belum ada data	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
9	REHABILITASI MEDIS	1. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medis yang direncanakan	50 %	1 tahun	45 %	40%	35%	30%	30%	30%
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Kepuasan Pelanggan	80 %	3 tahun	50,2 %	0 %	70 %	80 %	85 %	85 %
10	FARMASI	1. Waktu tunggu pelayanan Obat		1 tahun						
		a. Obat Jadi	a. 30 menit		a. 30 menit	a. 120 menit	a. 120 menit	a. 120 menit	a. 60 menit	a. 30 menit
		b. Obat Racikan	b. 60 menit		b. 55 menit	b. 120 menit	b. 120 menit	b. 120 menit	b. 60 menit	b. 60 menit

		2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	1 tahun	99,9%	100 %	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan pelanggan	80 %	3 tahun	52,5 %	60 %	70 %	80 %	80%	80%
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100 %	5 tahun	90%	90 %	93 %	95 %	98 %	100 %
11	GIZI	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	85 %	1 tahun	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20%	4 tahun	30 %	25%	25 %	25 %	20 %	20 %
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	1 tahun	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Kepuasan pelanggan	80 %	3 tahun	Data belum ada	60 %	70 %	80 %	85 %	85 %

12	TRANFUSI DARAH	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 % terpenuhi	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Kejadian reaksi tranfusi	0,01 %	1 tahun	0,01 %	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
13	GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
14	REKAM MEDIS	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	5 tahun	40 %	70 %	85 %	90 %	95 %	100 %
		2. Kelengkapan Informed Conccent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	4 tahun	75 %	75 %	85 %	90 %	100 %	100 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 menit	5 tahun	15 menit	15 menit	13 menit	12 menit	12 menit	10 menit

		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	15 menit	1 tahun	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit
		5. Kepuasan pelanggan	80 %	3 tahun	66 %	70 %	73 %	80 %	80 %	80 %
15	PENGELOLAAN LIMBAH	1. Baku mutu limbah cair a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6 – 9	100 %	3 tahun	80 %	90 %	90 %	100 %	100 %	100 %
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	2 tahun	83 %	90 % Perlu perubahan perilaku petugas	100 %	100 %	100 %	100 %
16	ADMINISTRASI MANAJEMEN	Urusan direksi dan Staff Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi maksimum 4 hari	100 %	1 tahun	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		1. Kepegawaian								
		a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	a. 100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		b. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	b. 100 %	1 tahun	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		c. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	c. 60 %	1 tahun	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %
		2. Pengelolaan Barang								
		Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang yang sudah tersedia (maksimal 15 menit)	80 %	1 tahun	80 %	80 %	85 %	85 %	90 %	90 %
3. Keuangan										
a. Cost recovery	a. 40 %	1 tahun	63 %	70 %	75 %	80 %	85 %	95 %		
b. Ketepatan waktu penyusunan laporan	b. 100 %	1 bulan	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		

		keuangan tanggal 10 setiap bulan berikutnya								
		c. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap d. Ketepatan waktu pemberian insentif (sesuai kesepakatan maksimal tgl 20 setiap bulan)	c. 2 jam d. 100 %	1 tahun 2 tahun	2 jam 50 %	2 jam 75 %	1,5 jam 100 %	1 jam 100 %	30 menit 100 %	15 menit 100 %
17	AMBULANS / KERETA JENAZAH	1. Jam Pelayanan ambulance / kereta jenazah 2. Kecepatan waktu pemberian pelayanan ambulance / kereta jenazah.	24 jam 30 menit dalam kota	1 tahun 1 tahun	100 % 60 menit	100 % 30 menit	100 % 30 menit	100 % 30 menit	100 % 30 menit	100 % 30 menit
18	PEMULASARAAN JENAZAH	1. Jam Pelayanan	24 Jam	1 tahun	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam

		2. Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah	2 jam	1 tahun	3 jam Tim tidak stand bay	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam
19	PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat (maksimal 15 menit)	80 %	2 tahun	60 %	70 %	80 %	80 %	80 %	80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	5 tahun	25 %	40 %	60 %	75 %	85 %	100 %
		3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	80 %	3 tahun	50 %	65 %	75 %	80 %	80 %	80 %
20	LAUNDRY	1. Tidak ada kejadian linen yang hilang	100 %	3 tahun	70 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %

		2. Ketepatan waktu penyediaan linen bersih (maksimal 30 menit)	100 %	3 tahun	85 %	90 %	95 %	100 %	100 %	100 %
21	PENEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	1. Ada Panitia PPI yang terlatih	75 %	3 tahun	60 % Baru terlatih 4 orang dari 8 orang	65 % Dilatih 2 orang	70 % Dilatih 2 orang	75 %	100 %	100 %
		2. Tersedia APD disetiap Instalasi / ruang	60 %	3 tahun	70 % Belum mencukupi kebutuhan	80 % Penambahan jumlah	90 % Penambahan jumlah	100 %	100 %	100 %
		3. Kegiatan Surveilans Infeksi berjalan secara terstruktur	75 %	3 tahun	> 75 %	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%

BUPATI BANJARNEGARA,

Cap ttd,

D J A S R I

