



BUPATI PAMEKASAN

PERATURAN BUPATI PAMEKASAN  
NOMOR 7 TAHUN 2011

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PAMEKASAN,

- Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah, sehingga Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya ;
- b. 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 ;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355;

- 4 Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
- 5 Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
- 6 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 terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
- 7 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- 8 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- 9 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
- 10 Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
- 11 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 4502);
- 12 Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593) ;

- 13 Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
- 14 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);
- 15 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
- 16 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2006 tentang Jenis dan Bentuk Produk Hukum Daerah ;
- 17 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
- 18 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
- 19 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
- 20 Peraturan Daerah Kabupaten Pamekasan Nomor 15 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Rumah Sakit Umum Daerah dan Lembaga Teknis Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Pamekasan Tahun 2008 Nomor 03 Seri D) ;
- 21 Peraturan Bupati Pamekasan Nomor 59 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah ;

## MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH .

BAB I  
KETENTUAN UMUM  
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Pamekasan.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Pamekasan.
3. Bupati adalah Bupati Pamekasan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Pamekasan, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah rumah sakit publik yang dimiliki dan dikelola oleh Pemerintah Daerah serta telah ditetapkan sebagai PPK-BLUD dengan Keputusan Bupati Nomor 188/140/441.131/2010
5. Direktur adalah Direktur RSUD .
6. Inspektorat adalah Inspektorat Kabupaten Pamekasan.
7. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas RSUD.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dan 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.
9. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya
10. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
11. 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 Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat.

12. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.
13. 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 penyelenggaraanya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
14. 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 WHO.
15. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
16. Indikator Kinerja adalah variable 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 atan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
17. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
18. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
19. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
20. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
21. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
22. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
23. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai
24. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

## **BAB II**

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

#### **Pasal 2**

- (1) SPM dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

**BAB III****JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU  
PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM**

Bagian Kesatu

Pasal 3

Jenis Pelayanan

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2). Jenis pelayanan RSUD meliputi:
  - a. Pelayanan Gawat Darurat ;
  - b. Pelayanan Rawat Jalan ;
  - c. Pelayanan Rawat Inap ;
  - d. Pelayanan Bedah ;
  - e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi ;
  - f. Pelayanan Intensif ;
  - g. Pelayanan Radiologi ;
  - h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik ;
  - i. Pelayanan Rehabilitasi Medik ;
  - j. Pelayanan Farmasi ;
  - k. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ;
  - l. Pelayanan Gizi ;
  - m. Pelayanan Tranfusi Darah ;
  - n. Pelayanan Keluarga Miskin ;
  - o. Pelayanan Rekam Medis ;
  - p. Pelayanan Limbah ;
  - q. Pelayanan Administrasi Manajemen ;
  - r. Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah ;
  - s. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah ;
  - t. Pelayanan Laundry ; dan
  - u. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.

Bagian kedua

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari Peraturan Bupati ini.

**BAB IV**  
**PELAKSANAAN**

Pasal 5

- (1) RSUD yang menerapkan PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur yang menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**BAB V**  
**PENERAPAN**

Pasal 6

- (1) Direktur yang menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD yang menerapkan PPK\_BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan menyelenggarakan tugas pelayanan sesuai dengan SPM.

**BAB VI**  
**PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

Bagian Kesatu

Pasal 7

Pembinaan

- (1) Pembinaan RSUD yang menerapkan PPK\_BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Dewan Pengawas dan Inspektorat.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

## Bagian Kedua

## Pasal 8

## Pengawasan

- (1) Pengawasan RSUD dilakukan oleh Dewan Pengawas dan Inspektorat.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk, diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati.

## Pasal 9

- (1) Selain pengawasan yang dilakukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1), juga dilakukan pengawasan internal oleh pihak manajemen, Kepala Instalasi setiap unit dan Satuan Pengawas Internal RSUD untuk menjaga, mengendalikan dan meningkatkan mutu pelayanan.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja yang sesuai dengan SPM.

## Pasal 10

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 sampai dengan Pasal 9 dibebankan pada Pendapatan RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD.

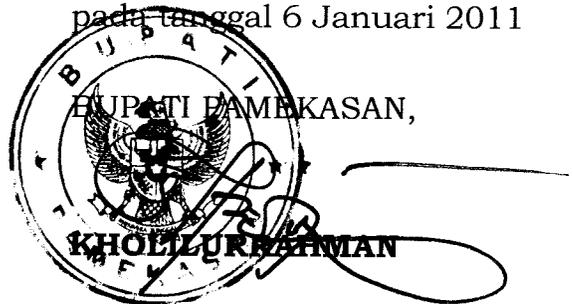
**BAB VII**  
**KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Pamekasan  
pada tanggal 6 Januari 2011



Diundangkan di Pamekasan  
pada tanggal 6 Januari 2011

Plt. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN PAMEKASAN,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Hadi Suwarso".

**HADI SUWARSO**

BERITA DAERAH KABUPATEN PAMEKASAN TAHUN 2011 NOMOR 6 SERI E

LAMPIRAN I    PERATURAN BUPATI PAMEKASAN  
 NOMOR    :    7 TAHUN 2011  
 TANGGAL :    6 JANUARI 2011

SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR dan BATAS WAKTU PENCAPAIAN

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	<b>Gawat Darurat</b>	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1. 100 %	85%	90%	95%	100%	100%
		2. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	2. 100 %	89%	90%	100%	100%	100%
		3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	3. satu tim	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Waktu tanggap pelayanan dokter	4. ≤ 5 menit	5 menit	5 menit	4 menit	4 menit	3 menit
		5. Kepuasan Pelanggan	5. ≥ 70 %	75%	80%	85%	90%	90%
		6. Kematian pasien ≤ 24 Jam	6. ≤ 2 perseribu	4perseribu	3 perseribu	3perseribu	2perseribu	2 perseribu
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka (sebelum dilayani)	7. 100 %	100%	100%	100%	100%	100%

2	<b>Rawat Jalan</b>	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan 3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan Pelanggan	1. 100 % Dokter Spesialis 2. Semua klinik Spesialis 3. 08.00 s/d 13.00 Jum'at : 08.00 s/d 10.30 Sabtu : 08.00 s/d 12.00 4. $\leq$ 60 menit 5. $\geq$ 90 %	75% 75% 100% 45 menit 70%	85% 100% 100% 45 menit 80%	95% 100% 100% 45 menit 85%	100% 100% 100% 45 menit 90%	100% 100% 100% 45 menit 90%
3	<b>Rawat Inap</b>	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	1.a.dr. Spesialis b.Perawat/bdn D3 2. dr spesialis 3. Semua unit Pelayanan Spesialis	100% 90% 100% 100%	100% 90% 100% 100%	100% 100% 100% 100%	100% 100% 100% 100%	100% 100% 100% 100%

		4. Jam Visite Dokter Spesialis	4. 08.00 s/d 14.00  setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. $\leq 1,5$ %	1,9%	1,7%	1,5%	1,5%	1,5%
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	6. $\leq 1,5$ %	1,7%	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. $\leq 0,24$ %	0,26%	0,25%	0,24%	0,23%	0,23%
		9. Kejadian pulang paksa	9. $\leq 5$ %	6%	5%	4%	4%	4%
		10. Kepuasan pelanggan	10. $\geq 90$ %	90%	92%	94%	95%	95%

4	<b>Bedah Sentral</b>	<p>1. Waktu tunggu operasi elektif</p> <p>2. Kejadian Kematian di meja operasi</p> <p>3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. . Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube</p>	<p>1. ≤ 2 hari</p> <p>2. ≤ 1 %</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. 100 %</p> <p>7. ≤ 6 %</p>	<p>3 hari</p> <p>1%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>6%</p>	<p>2 hari</p> <p>1%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>6%</p>	<p>2 hari</p> <p>0,8%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>5%</p>	<p>2 hari</p> <p>0,7%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>5%</p>	<p>2 hari</p> <p>0,5%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>5%</p>
---	----------------------	--	--	---	---	---	---	---

5	<b>Persalinan dan perinatologi</b>	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1.a. Pendarahan $\leq$ 1%	1%	1%	1%	0,8%	0,5%
			b. Pre-eklampsia $\leq$ 30 %	30%	30%	28%	26%	25%
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	c. Sepsis $\leq$ 0,2 %	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
			2.a. Dokter Sp.OG	100%	100%	100%	100%	100%
			b. Bidan	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG	100%	100%	100%	100%	100%
			b. Dokter Sp.A	100%	100%	100%	100%	100%
			c. Dokter Sp.An	0%	0%	100%	100%	100%

		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	5. 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	6. $\leq 40$ %	75%	70%	60%	50%	40%
		7. Keluarga Berencana						
		a. Prosentase KB (vesektomi & tubektomi) oleh tenaga kompeten dr.SpOG, dr.SpB,	a. 100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	b. 100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kepuasan Pelanggan	8. $\geq 80$ %	80%	80%	85%	85%	85%
6	<b>Intensif</b>	1. Pasien yang kembalikeperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. $\leq 3$ %	0,75%	0,75%	0,5%	0,5%	0,5%
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif						
		a. dr.Sp.An dan dr.Sp yang sesuai		80%	90%	100%	100%	100%
		b.100%Perawat D3/mahir ICU		20%	40%	50%	60%	100%

7	<b>Radiologi</b>	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</p> <p>2. Pelaksana ekspertisi</p> <p>3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>1. <math>\leq 3</math> Jam</p> <p>2. Dokter Sp.Rad</p> <p>3. Kerusakan foto <math>\leq 2\%</math></p> <p>4. <math>\geq 80\%</math></p>	<p>2,52 jam</p> <p>85%</p> <p>4,8%</p> <p>90%</p>	<p>3 jam</p> <p>85%</p> <p>4%</p> <p>90%</p>	<p>3 jam</p> <p>90%</p> <p>3%</p> <p>90%</p>	<p>2 jam</p> <p>95%</p> <p>2%</p> <p>90%</p>	<p>2 jam</p> <p>100%</p> <p>2%</p> <p>90%</p>
8	<b>Lab. Patologi Klinik</b>	<p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.</p> <p>2. Pelaksana ekspertisi</p> <p>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>1. <math>\leq 140</math> menit</p> <p>2. Dokter Sp.PK</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. <math>\geq 80\%</math></p>	<p>160 mnt</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>80%</p>	<p>150 mnt</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>85%</p>	<p>140 mnt</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>140 mnt</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>140mnt</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>
9	<b>Rehabilitasi Medik</b>	<p>1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan</p> <p>2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic</p> <p>3. Kepuasan Pelanggan</p>	<p>1. <math>\leq 50\%</math></p> <p>2. 100 %</p> <p>3. <math>\geq 80\%</math></p>	<p>44%</p> <p>96%</p> <p>90%</p>	<p>40%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>38%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>35%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>30%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>

10	<b>Farmasi</b>	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. $\leq 30$ menit b. $\geq 60$ menit 2. 100 % 3. $\geq 80$ % 4. 100 %	30 mnt 60 mnt 100% 80% 90%	25 mnt 50 mnt 100% 83% 95%	20 mnt 45 mnt 100% 85% 100%	20 mnt 40 mnt 100% 90% 100%	20 mnt 40 mnt 100% 90% 100%
11	<b>Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)</b>	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	Anggota Tim PPI yang terlatih 75% 60% 75%	60% 50% 75%	65% 55% 75%	70% 58% 75%	75% 60% 75%	75% 60% 75%
12	<b>Gizi</b>	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 %	90,5% 25% 100%	91% 20% 100%	91,5% 20% 100%	91,5% 20% 100%	92% 15% 100%

13	<b>Transfusi Darah</b>	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1. 100 % terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kejadian Reaksi transfusi	2. $\leq 0,01$ %	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
14	<b>Pelayanan GAKIN</b>	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	1. 100 % terlayani	100%	100%	100%	100%	100%
15	<b>Rekam Medik</b>	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1. 100 %	70%	80%	90%	95%	100%
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	2. 100 %	95%	100%	100%	100%	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	3. 10 menit	15 mnt	12 mnt	10 mnt	10 mnt	10 mnt
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	4. 15 menit	20 mnt	18 mnt	15 mnt	15 mnt	15 mnt

16	<b>Pengelolaan limbah</b>	1. Baku mutu limbah cair  2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9  2. 100 %	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l pH 6-9  100%	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l pH 6-9  100%	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l pH 6-9  100%	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l pH 6-9  100%	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l pH 6-9  100%
17	<b>Administrasi dan manajemen</b>	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. ≥ 60 % 6. ≥ 40 % 7. 100 %	95% 100% 100% 100% 30% 92% 100%	97% 100% 100% 100% 40% 94% 100%	98% 100% 100% 100% 40% 95% 100%	99% 100% 100% 100% 50% 96% 100%	100% 100% 100% 100% 60% 97% 100%

		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8. $\leq 2$ jam	1,5 jam	1,5 jam	1 jam	1 jam	1 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100 %	95%	98 %	100%	100%	100%
18	<b>Ambulan / Kereta Jenazah</b>	1. Waktu pelayanan ambulan/Kereta Jenazah	1. 24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulan /Kereta Jenazah di Rumah Sakit (max. 30 menit)	2. 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
19	<b>Pemulasaraan Jenazah</b>	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	1. $\leq 2$ Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	2 jam	2 Jam
20	<b>Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit</b>	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat (maximal 15 menit)	1. $\leq 80$ %	60%	70%	80%	80%	80%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100 %	60%	75%	85%	100%	100%

		3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3. 100 %	90%	95%	100%	100%	100%
21	<b>Pelayanan laundry</b>	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100 % 2. 100 %	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%



## 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	<b>Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

  
BUPATI PAMEKASAN,  
KHOLILURRAHMAN

LAMPIRAN III      PERATURAN BUPATI PAMEKASAN  
 NOMOR           :   7 TAHUN 2011  
 TANGGAL       :   6 JANUARI 2011

**STANDAR TEKNIS SPM RSUD PAMEKASAN**

**I. INSTALASI RAWAT DARURAT**

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas Waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga dokter dan perawat IRD							
	- Dokter	8	5	8	8	8	8	8
	- Perawat	22	16	18	22	22	22	22
	- Perawat 118	5	5	5	5	5	5	5
2	Pelatihan ACLS dan BLS							
	- Dokter	8	5	8	8	8	8	8
	- Perawat	22	15	18	22	22	22	22
	- Perawat 118							
3	Fisik	Depkes 2007	100% sesuai	100%	100%	100%	100%	100%
4	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	95%	100%	100%	100%

## II. INSTALASI RAWAT JALAN

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga dokter :							
	- Jantung	2	-	1	1	1	1	1
	- Interne	4	4	2	3	4	4	4
	- Gigi	2	1	1	2	2	2	2
	- Obsgyn	3	3	3	3	3	3	3
	- Mata	2	2	1	1	2	2	2
	- THT	2	2	1	1	2	2	2
	- Kulit	2	-	-	1	1	1	1
	- Bedah Umum	2	2	2	2	2	3	3
	- Anak	2	2	3	3	3	2	2
	- Syaraf	2	1	1	1	1	1	1
	- Orthopedi	1	1	1	1	1	1	1
	- Bedah Urologi	1	-	-	1	1	1	1
	- Patologi Anatomi	1	-	1	1	1	1	1
	- Rehabilitasi Medik	2	-	-	-	1	1	1
	- Radiologi	2	1	1	1	2	2	2
	- Patologi Klinik	2	1	1	1	1	1	2
	- Bedah Mulut	1	-	1	1	1	1	1
	- Paru	2	2	2	2	2	2	2

2	Kebutuhan tenaga perawat / bidan pada poli:							
	- Jantung	3	2	2	2	3	3	3
	- Interne	3	2	2	3	3	3	3
	- Paru	2	2	2	2	2	2	2
	- Gigi	2	2	3	3	3	3	3
	- Obsgyn	3	3	1	2	2	3	3
	- Mata	3	2	2	3	3	3	3
	- THT	4	2	2	2	2	3	3
	- Kulit	1	1	1	1	1	1	1
	- Bedah Umum	4	2	2	2	3	3	4
	- Anak	3	-	1	1	2	2	3
	- Syaraf	2	1	2	2	2	2	2
	- Orthopedi	3	1	1	2	2	2	3
	- Bedah Syaraf	3	-	-	-	1	1	1
	- Bedah Urologi	2	-	-	1	1	1	1

3	Pelatihan Dokter dan Perawat Poli Jantung - ECG Poli Gigi - Pengelolaan syok anafilaktik - Pengelolaan pencabutan gigi pada kasus sulit - Standart nasional rekam medis kedokteran gigi - Pengelolaan pencabutan gigi pada penderita dengan kelainan sistemik dan kardiovaskuler Poli THT - Endoskopi Poli Kulkel - Pelatihan kusta perawat / juru rawat Poli Anak - Deteksi dini tumbuh Kembang Poli Syaraf - Pelatihan EEG digital Poli Interne - Pelatihan Hemodialisa	2 perawat  1 Drg, 1perawat 1 Drg  1 Drg, 1perawat 1 Drg  2 Dokter  1 Perawat  1 Perawat  1 Dokter, 2 Perawat  1 Dokter, 4 Perawat	-	2 perawat  1 Drg, 1 perawat 1 Drg  1 Drg, 1 perawat 1 Drg  1 Dokter  -  1 Perawat  1 Dokter, 2 Perawat  -	-	-  -  -  -  -  -  -  -  1 Dokter  -  1 perawat  -  -  -  -  1 Dokter 2 perawat  1perawat	-	-	-
4	Fisik	Depkes 2007	Depkes 2007	80% sesuai	80%	85%	90%	100%	
5	Alat	Depkes 2007	Depkes 2007	80% sesuai	90%	95%	100%	100%	

### III. INSTALASI RAWAT INAP

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga keperawatan D3							
	- R. Anak	15	15	15	15	15	15	15
	- R. Interne	14	13	14	14	14	14	14
	- R. Bedah	14	14	14	14	14	14	14
	- R. Paviliun	20	18	18	18	18	18	20
	- R. Rawat Gabung	14	14	14	14	14	14	14
2	Pengembangan tenaga keperawatan							
	- R. Anak	14	15	-	-	-	-	-
	- Interne	14	13	1	-	-	-	-
	- R. Bedah	14	14	-	-	-	-	-
	- R. Paviliun	20	18	-	-	-	-	2
	- R. Rawat Gabung	14	14	-	-	-	-	-

3	Pengembangan Diklat							
	- Manajemenbangsal		-	1	1	1	1	2
	- Pelayananprima			1	1	1	1	1
	- Pelatihan ECG			2	2	2	2	2
	- Pelatihan INOS			3	3	3	3	3
	- Pelatihan Safety patient		-	1	1	1	1	1
	- Pelatihan CI		-	2	2	2	2	2
	- Pelatihan EEG			-	1	-	1	-
	- PelatihanNICU		-	2	-	2	-	2
	- Asisten.Orthopedi				1	-	-	-
	- Mahir mata			-	-	2	-	-
	- Audiometri				1	-	-	-
	- Rawat Luka			3	3	3	3	3
4	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	8	100%	100%	100%
5	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	9 5 %	100%	100%	100%

#### IV. PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan							
	- Tenaga perawat bedah	18	15	16	17	18	18	18
	- Tenaga perawat anastesi	6	6	6	6	6	6	6
	- Dokter anastesi	2	-	-	1	1	2	2
2	Pelatihan							
	- Perawat bedah	18	5	6	7	8	9	10
	- Perawat anastesi	6	6	6	6	6	6	6
3	Fisik	Depkes 2007	100% sesuai	100%	100%	100%	100%	100%
4	Alat	Depkes 2007	50% sesuai	60%	70%	85%	100%	100%

## V. INSTALASI OBSGIN

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan bidan	20	12	14	20	20	20	20
2	Pengembangan SDM	100 % D3 Kebid	58 %	65 %	71 %	71 %	100 %	100%
3	Fisik	Depkes 2007	60% sesuai	70%	80% obs dg gin pisah	90%	100%	100%
4	Alat	Depkes 2007	50% sesuai	80%	9 5	100%	100%	100%

## VI. PELAYANAN INTENSIF CARE UNIT

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan perawat mahir ICU	18	10	14	18	18	18	18
2	Pelatihan perawat mahir ICU	18	2	4	6	10	14	18
3	Pengadaan ventilator baru	2	1	-	-	1	-	-
4	Fisik	Depkes 2007	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
5	Alat	Depkes 2007	60% sesuai	70%	7	80%	100%	100%

## VII. INSTALASI LABORATORIUM

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga							
	- Dr SpK	2	1	1	1	2	2	2
	- Perawat	1	-	-	-	1	1	1
	- AAM/AAK	10	4	5	6	6	8	10
	- SMA	2	-	-	1	2	2	2
2	Pelatihan tenaga							
	- Flebotomi	10	-	2	2	2	2	2
	- Imonologi	3	-	-	1	-	1	1
	- QC	2	-	-	-	1	-	1
3	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	8	90%	100%	100%
4	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	9	100%	100%	100%

## VIII. INSTALASI REHABILITASI MEDIK

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Target				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga rehabilitasi medik							
	- Dr. Sp.RM	2	-	-	1	1	1	1
	- Fisioterapi	8	3	3	4	6	7	8
	- Terapi wicara	2	-	-	-	-	1	1
	- Terapi okupasi	2	-	-	-	-	-	1
2	Pelatihan tenaga rehabilitasi medik							
	- 1Dokter @ 2kali	2	-	-	2	2	2	2
	- 3 Fisioterapis @ 2 kali	6	-	6	6	6	6	6

3	Pengadaan alat rehabilitasi medik - USD - ES - Traksi - MWD	3 1 2 2	1 - 1 -	- - - -	1 - - 1	- - 1 -	- - - 1	- 1 - -
4	Alat	Depkes 2007 (25 item)	36%alat sesuai	44%	5 2 %	60%	70%	78%
5	Fisik	Depkes 2007 (11 item)	75% sesuai (8	75%	8 5 %	90% Ru TW	100% Ru OT	100%

#### IX. INSTALASI RADIOLOGI

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga - Dokter SPR - Radiografer	2 7	2 5	1 5	1 7	2 7	2 7	2 7
2	Pelatihan Tenaga - Dokter SpR - Radiografer	2/dr 1/org	- -	2 7	2 7	2 7	2 7	2 7
3	Tambahan Alat CT Scan Mamografi	1 1	- -	1 -	- 1	- -	- -	- -
4	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	8 5	90%	100%	100%
5	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	9 5	100%	100%	100%

## X. INSTALASI FARMASI

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga farmasi							
	- Apoteker	4	1	1	2	3	3	3
	- As. Apt	8	5	9	9	9	9	9
2	Pelatihan tenaga farmasi							
	- Pelatihan apoteker	2/apt	3	4	4	4	4	4
	- Pelatihan asisten apoteker	2/aa	1	4	9	9	9	9
3	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	85	90%	100%	100%
4	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	95	100%	100%	100%

## XI. INSTALASI GIZI

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Tambahan tenaga							
	- S 1 Gizi	1	-	1	2	2	2	2
	- D 3 Gizi	3	3	3	3	3	3	3
	- SPAG/D1	4	4	5	5	5	5	5
	- Juru masak	24	8	8	1	24	24	24
2	Pelatihan untuk tenaga gizi							
	- Mgt gizi		1	1	1	1	1	1
	- Gizi klinik			1	1	1	1	1
3	Fisik	Depkes 2007	100% sesuai	100%	100	100%	100%	100%
4	Alat	Depkes 2007	90% sesuai	90%	95	100%	100%	100%

## XII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Pelatihan tenaga transfusi darah		<b>2</b>	2	-	2	-	2
2	Alat	Depkes 2007	100% sesuai	100%	100	100%	100%	100%

## XIII. REKAM MEDIK

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga rekam medik - Tenaga TPPRJ / TPPRI - Administrasi INADRG	14	<b>7</b>	9	1 3	14	-	-
		4	-	4	-	-	-	-
2	-Pelatihan keterampilan tenaga rekam medik  - Pelatihan manajemen rekam medik	14	<b>7</b>	4	5	5	-	-
		14	-	4	5	5	-	-
3	Tambahan sarana Billing System	1	-	1 paket	-	-	-	-
4	Fisik	Depkes 2007	100% sesuai	100%	100	100%	100%	100%
5	Alat	Depkes 2007	95% sesuai	95%	9	100%	100%	100%

**XIV. ADMINISTRASI MANAJEMEN**

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Pelatihan tenaga administrasi dan manajemen	Sesuai kebutuhan	-	2	2	2	2	2
2	Fisik	Depkes 2007	100% sesuai	100%	100	100%	100%	100%
3	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	9	100%	100%	100%
4	Akreditasi	Akreditasi 16 pelayanan	Akreditasi 5 pelayana	-	16 Pelayanan	-	-	16 Pelayanan

**XV. PELAYANAN AMBULAN / KERETA JENAZAH**

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga ambulan	8	4	5	6	7	7	8
2	Pelatihan tenaga ambulan	8	4	1	2	1	2	2
3	Pengadaan ambulan / mobil jenazah	4/1	4/	- /	-	- /	- / -	1 / -
4	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	8	80%	100%	100%
5	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	9	100%	100%	100%

**XVI. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH**

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga	3	2	2	2	2	2	2
2	Pelatihan tenaga	3	-	-	1	1	1	-
3	Pengadaan peralatan							
	- Kulkas Jenazah	3	1	-	2	-	-	-
	- Set otopsi	2	1	-	-	1	-	-
	- Kereta jenazah	1	-	-	1	-	1	-
	- APD	3	2	-	1	1	3	1
4	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	8	90%	100%	100%
5	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	9	100%	100%	100%

**XVII. INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA**

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga IPS							
	- S1 /D4	1	1	1	1	1	1	1
	- D3	5	1	3	4	5	5	5
	- SMA/SMK	10	4	6	6	10	1	10
2	Pelatihan Tenaga							
	- S1/D4	1	-	1	1	1	1	1
	- D3	5	-	1	3	4	5	5
	- SMA/SMK	10	-	-	3	4	4	4
3	Peralatan	Depkes 2007	10%	40%	80%	80%	100%	100%
4	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	85%	90%	100%	100%

**XVIII. INSTALASI PENYEHATAN LINGKUNGAN**

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Kebutuhan tenaga IPL							
	- S1 /D4	1	-	-	1	1	1	1
	- D3	6	5	5	6	6	6	6
	- SMA/SMK	18	4	4	4	4	4	4
2	Pelatihan Tenaga							
	- S1/D4	1	-	1	1	1	1	1
	- D3	5	-	1	3	4	5	5
	- SMA/SMK	10	-	-	3	4	4	4
3	Alat: a.IPAL b.Lab. IPL c.Incenerator	Depkes 2007	60% sesuai	80%	95%	100%	100%	100%

**XIX. LAUNDRY**

No.	Indikator	Standar	Saat Ini	Batas waktu Pencapaian				
				2010	2011	2012	2013	2014
1	Pelatihan penanganan linen infeksius	6	-	-	2	4	-	-
2	Fisik	Depkes 2007	80% sesuai	80%	8	80%	100%	100%
3	Alat	Depkes 2007	80% sesuai	90%	9	100%	100%	100%

