



SALINAN

BUPATI PEKALONGAN  
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI PEKALONGAN  
NOMOR 19 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KESESI KABUPATEN PEKALONGAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PEKALONGAN,

- Menimbang:
- a. bahwa Rumah Sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal;
  - b. bahwa guna menerapkan Standar Pelayanan Minimal untuk pemenuhan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar yang berhak diperoleh setiap Warga Negara pada bidang kesehatan, berdasarkan Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, *juncto* Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, *juncto* Peraturan Bupati Pekalongan Nomor 52 Tahun 2020 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Daerah, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kesesi Kabupaten Pekalongan;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kesesi Kabupaten Pekalongan;

- Menimbang:
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
  2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2757);
  3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6858);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
  5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Nomor 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
  6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
  7. Peraturan Bupati Pekalongan Nomor 52 Tahun 2020 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Daerah (Berita Daerah Kabupaten Pekalongan Tahun 2020 Nomor 53);

8. Peraturan Bupati Nomor 15 Tahun 2021 tentang Rencana Aksi Daerah Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten Pekalongan Tahun 2021-2025 (Berita Daerah Kabupaten Pekalongan Tahun 2021 Nomor 15);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KESESI KABUPATEN PEKALONGAN.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Pekalongan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Pekalongan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Kesesi yang selanjutnya disingkat RSUD Kesesi adalah RSUD Kesesi Kabupaten Pekalongan.
5. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
6. Direktur adalah pimpinan RSUD Kesesi yang diangkat oleh Bupati.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD Kesesi yaitu segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur mutu layanan minimal yang diberikan RSUD Kesesi kepada masyarakat/pengguna jasa.

9. Kriteria merupakan faktor-faktor penentu serta karakteristik dari jenis pelayanan, indikator dan nilai, batas waktu pencapaian, dan pengorganisasian penyelenggaraan pelayanan dimaksud.
10. Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM, berupa masukan, proses, keluaran, hasil dan/atau manfaat pelayanan.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSUD Kesesi.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah:
  - a. guna menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD Kesesi dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan
  - b. memberikan kepastian hukum bagi RSUD Kesesi dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat

## BAB III RUANG LINGKUP

### Pasal 3

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini, meliputi:

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

## BAB IV JENIS PELAYANAN

### Pasal 4

Jenis pelayanan RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, yang disediakan meliputi:

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

## BAB V INDIKATOR, STANDAR PELAYANAN, TARGET DAN WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN

### Bagian Kesatu Indikator dan Standar Pelayanan

### Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi sebagai batasan layanan minimal di RSUD Kesesi.

- (3) Pejabat Struktural di lingkungan RSUD Kesesi bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan kewenangannya masing-masing.

Bagian Kedua  
Target dan Waktu Pencapaian SPM  
Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, memuat target dan waktu pencapaian SPM.
- (2) Target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan RSUD Kesesi serta target SPM Nasional.
- (3) Penyusunan target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), guna menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan agar dapat menjadi dasar dalam melakukan evaluasi.

Pasal 7

Indikator dan standar pelayanan RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) dan Target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1), sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini

BAB VI  
EVALUASI

Pasal 8

- (1) SPM RSUD Kesesi dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur RSUD Kesesi.
- (2) Evaluasi dan perbaikan SPM RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Bupati guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD Kesesi.

BAB VII  
PEMBINAAN

Pasal 9

- (1) Bupati menyelenggarakan pembinaan penerapan SPM RSUD Kesesi.
- (2) Pembinaan penerapan SPM RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Guna mendukung pembinaan penerapan SPM RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Kesesi sesuai dengan SPM.
- (4) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
  - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
  - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
  - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
  - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

BAB VIII  
PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Pasal 10

- (1) Bupati menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM Kesesi.
- (2) Pengawasan penerapan SPM RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilaksanakan oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah (APIP).

Pasal 11

- (1) Direktur RSUD Kesesi menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSUD Kesesi setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Kesesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSUD Kesesi

BAB IX  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kajen  
pada tanggal 19 Mei 2023

BUPATI PEKALONGAN,

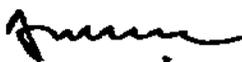
TTD

FADIA ARAFIQ

Diundangkan di Kajen  
pada tanggal 19 Mei 2023  
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PEKALONGAN  
TTD  
M. YULIAN AKBAR

BERITA DAERAH KABUPATEN PEKALONGAN TAHUN 2023 NOMOR 20

Salinan sesuai dengan aslinya,  
KEPALA BAGIAN HUKUM  
SETDA KABUPATEN PEKALONGAN



8

ADITOMO HERLAMBAANG, S.H.  
Pembina Tk. I (IV/b)  
NIP. 19680517 198903 1 009

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI PEKALONGAN NOMOR 19 TAHUN 2023 TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KESESI KABUPATEN PEKALONGAN.

INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL SERTA TARGET DAN WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KESESI KABUPATEN PEKALONGAN

| NO | JENIS PELAYANAN         | INDIKATOR |  | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | KONDISI S/D APRIL 2023       | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|----|-------------------------|-----------|--|---------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1  | Pelayanan Gawat Darurat | 1.        | Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa   | 100%                      | 100%                         | 100%                      | -                             |
|    |                         | 2.        | Jam buka pelayanan gawat darurat   | 24 jam                    | 24 jam                       | 24 Jam                    | -                             |
|    |                         | 3.        | Kompetensi tenaga pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku:<br>a. Dokter ATLS<br>b. Dokter ACLS<br>c. Perawat BTCLS<br>d. Bidan PPGDON | 100%                      | 100%<br>100%<br>100%<br>100% | -<br>100%<br>-<br>100%    | -<br>-<br>-<br>-              |
|    |                         | 4.        | Ketersediaan tim penanggulangan bencana  | satu tim                  | -                            | Dua tim                   | 2023                          |

| NO | JENIS PELAYANAN       | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL                               | KONDISI S/D APRIL 2023                    | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|----|-----------------------|-----------|---|---|---|---------------------------|-------------------------------|
|    |                       | 5.        | Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat     | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang               | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang | 100%                      | -                             |
|    |                       | 6.        | Kepuasan pelanggan                                  | ≥ 70%   | 76%                                       | 80%                       | 2023                          |
|    |                       | 7.        | Angka kematian pasien                               | ≤ 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) | 0%  | 0%                        | 2023                          |
|    |                       | 8.        | Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100%  | 100%                                      | 100%                      | -                             |
| 2  | Pelayanan Rawat Jalan | 1.        | Dokter pemberipelayanan di Poliklinik Spesialis     | 100% dokter spesialis                                   | 100%                                      | 100%                      | -                             |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL  | KONDISI S/D APRIL 2023                        | TARGET YANG INGIN DICAPAI                                  | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|----|-----------------|-----------|---|--|---|--|-------------------------------|
|    |                 | 2.        | Ketersediaan pelayanan  | a. Klinik anak<br>b. Klinik penyakit dalam<br>c. Klinik kebidanan<br>d. Klinik bedah | 100%  | 100 %  | -                             |
|    |                 | 3.        | Jam buka pelayanan  | 08.00 s/d 13.00 wib setiap hari kerja kecuali Jumat 08 -11                           | Sen-Kms: 8-11<br>Jumat 8-10<br>Sabtu: 8-10.30 | 08.00 s/d 13.00 wib setiap hari kerja kecuali Jumat 08 -11 | 2025                          |
|    |                 | 4.        | Waktu tunggu di rawat jalan   | ≤ 60 menit   | ≤60 menit                                     | ≤60 menit  | -                             |
|    |                 | 5.        | Kepuasan pelanggan  | ≥ 90 %   | ≥ 76%   | ≥ 90%  | 2024                          |
|    |                 | 6.        | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB<br>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumahsakit | a. > 60 %<br>b. ≥ 60%  | a. ≥70 %<br>b. 100%                           | -<br>100%  | -                             |

| NO | JENIS PELAYANAN      | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL                                | KONDISI S/D APRIL 2023                                     | TARGET YANG INGIN DICAPAI         | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|----|----------------------|-----------|---|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| 3  | Pelayanan Rawat Inap | 1.        | Pemberian pelayanan rawat inap  | Dr. Spesialis Perawat/Bidan                              | 100%<br>100%   | -                                 | -                             |
|    |                      | 2.        | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap                             | 100%   | 100%   | -                                 | -                             |
|    |                      | 3.        | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap                                     | a. Anak<br>b. Penyakit Dalam<br>c. Kebidanan<br>d. Bedah | a. Anak<br>b. Penyakit Dlm<br>c. Kebidana<br>n<br>d. Bedah | -                                 | -                             |
|    |                      | 4.        | Jam Visite Dokter Spesialis   | 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja                        | 95%  | 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja | 2025                          |
|    |                      | 5.        | Kejadian infeksi pasca operasi  | ≤ 1,5 %  | 0%   | ≤ 1,5%                            | -                             |
|    |                      | 6.        | Kejadian Infeksi Nosokomial   | ≤ 1,5 %  | 0 %  | ≤ 1,5 %                           | -                             |
|    |                      | 7.        | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian | 100%   | 100%   | 100%                              | -                             |
|    |                      | 8.        | Kematian pasien > 48 jam  | ≤ 0,24%  | 0%   | ≤ 0,24%                           | -                             |
|    |                      | 9.        | Kejadian pulang paksa   | ≤ 5%   | 0%   | ≤ 5%                              | -                             |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR PELAYANAN MINIMAL   | KONDISI S/D APRIL 2023 | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |      |
|----|-----------------|-----------|---|------------------------|---------------------------|-------------------------------|------|
|    |                 | 10.       | Kepuasan pelanggan  | $\geq 90\%$            | 76%                       | $\geq 90\%$                   | 2024 |
|    |                 | 11.       | Rawat inap TB:  |                        |                           |                               |      |
|    |                 | a.        | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                                   | $\geq 60\%$            | 100%                      | $\geq 60\%$                   | -    |
|    |                 | b.        | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumahsakit                            | $\geq 60\%$            | 100%                      | $\geq 60\%$                   | -    |
| 4. | Bedah Sentral   | 1.        | Waktu tunggu operasi efektif  | $\leq 2$ hari          | -                         | $\leq 2$ hari                 | -    |
|    |                 | 2.        | Kejadian kematian di meja operasi   | $\leq 1\%$             | 0%                        | $\leq 1\%$                    | -    |
|    |                 | 3.        | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi  | 100%                   | 100%                      | 100%                          | -    |
|    |                 | 4.        | Tidak adanya kejadian operasi salah orang   | 100%                   | 100%                      | 100%                          | -    |
|    |                 | 5.        | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi   | 100%                   | 100%                      | 100%                          | -    |
|    |                 | 6.        | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing atau lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100%                   | 100%                      | 100%                          | -    |

| NO | JENIS PELAYANAN             | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL   | KONDISI S/D APRIL 2023 | TARGET YANG INGIN DICAPAI   | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|----|-----------------------------|-----------|---|---|------------------------|---|-------------------------------|
|    |                             | 7.        | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube      | $\leq 6\%$  | 0%                     | $\leq 6\%$  | -                             |
| 5. | Persalinan dan Perinatologi | 1.        | Kejadian kematian ibu karena persalinan   | a. Perdarahan $\leq 1\%$<br>b. Preeklamsi $< 30\%$<br>c. Sepsis $< 0,2\%$ | 0%<br>0%<br>0%         | a. Perdarahan $\leq 1\%$<br>b. Preeklamsi $\leq 30\%$<br>c. Sepsis $\leq 0,2\%$ | -                             |
|    |                             | 2.        | Pemberian pelayanan persalinan normal   | a. Dokter SpOG<br>b. Dokter Umum terlatih<br>c. Bidan                     | 100%                   | a. dr. Sp.Og<br>b. dr. Umum<br>c. Bidan   | -                             |
|    |                             | 3.        | Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit oleh dokter SpOG                                   | Tim PONEK yang terlatih   | 100%                   | -   | -                             |
|    |                             | 4.        | Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh dokter SpOG, Dokter SpA, Dokter Sp.An | a. Dokter SpOG<br>b. Dokter SpA<br>c. Dokter SPAN                         | 100%                   | a. dokter Sp OG<br>b. dokter Sp A<br>c. Sp An                                   |                               |

| NO | JENIS PELAYANAN    | INDIKATOR | STANDAR PELAYANAN MINIMAL  | KONDISI S/D APRIL 2023                     | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |      |
|----|--------------------|-----------|--|--|---------------------------|-------------------------------|------|
|    |                    | 5.        | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr   | 100%                                       | 100%                      | 100%                          |      |
|    |                    | 6.        | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria  | ≤ 20%                                      | 0%                        | ≤ 20%                         | 2023 |
|    |                    | 7.        | Keluarga berencana:<br>a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten dr. SpOG, dr. Sp.B, dokter umum terlatih<br>b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih. | a. 100%                                    | 100%                      | 100%                          | -    |
|    |                    |           |  | b. 100%                                    | 100%                      | 100%                          | -    |
| 8. | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80%     | 76%  | ≥ 80%                                      | 2025                      |                               |      |
| 6  | Intensif           | 1.        | Rataratapasienyangkembali keperawatanintensif dengan kasusyangsama < 72 jam  | ≤ 3 %                                      | 0 %                       | ≤ 3 %                         | -    |
|    |                    | 2.        | Pemberianpelayanan unit intensif   | a. Dokter Sp Anestesi dan dokter spesialis | 100 %                     | -                             | -    |

| NO | JENIS PELAYANAN     | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL  | KONDISI S/D APRIL 2023 | TARGET YANG INGIN DICAPAI       | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|----|---------------------|-----------|---|--|------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
|    |                     |           |   | sesuai dengan kasus yg ditangani<br>b. 100% perawat minimal D3 dgn sertifikat perawat mahir ICU /setara D4 | 0%                     | Bersertifikat Diklat Khusus ICU | 2026                          |
| 7. | Radiologi           | 1.        | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                              | ≤ 3 jam  | -                      | ≤ 3 jam                         | 2024                          |
|    |                     | 2.        | Pelaksana ekspertisi  | Dokter Sp. Rad   | -                      | Dr. Sp.Rad                      | 2024                          |
|    |                     | 3.        | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (tingkat kerusakan foto)         | ≤ 2%   | -                      | ≤ 2%                            | -                             |
|    |                     | 4.        | Kepuasan pelanggan  | ≥ 80%  | -                      | ≥ 80%                           | 2024                          |
| 8. | Laboratorium Klinik | 1.        | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah & darah rutin) | ≤ 140 menit  | 150 menit              | ≤ 140 menit                     | 2024                          |
|    |                     | 2.        | Pelaksana ekspertisi  | Dokter SpPK  | ATLM                   | Dokter Sp.PK                    | 2024                          |

| NO  | JENIS PELAYANAN              | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL      | KONDISI S/D APRIL 2023 | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|-----|------------------------------|-----------|---|--------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|     |                              | 3.        | Tidakada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                     | 100 %                          | 100%                   | 100%                      | -                             |
|     |                              | 4.        | Kepuasan pelanggan  | ≥ 80%                          | 76%                    | ≥80%                      | 2024                          |
| 9.  | Pelayanan Rehabilitasi Medik | 1.        | Kejadian dropout pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | ≤ 50%                          | -                      | -                         | 2025                          |
|     |                              | 2.        | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik                     | 100%                           | -                      | -                         | 2025                          |
|     |                              | 3.        | Kepuasan pelanggan  | ≥ 80%                          | -                      | -                         | -                             |
| 10. | Farmasi                      | 1.        | Waktu tunggu pelayanan<br>a. Obat jadi<br>b. Obat racikan                       | a. ≤ 30 menit<br>b. ≤ 60 menit | 100%<br>100%           | ≤ 30 menit<br>≤ 60 menit  |                               |
|     |                              | 2.        | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat<br>100%                          | 100%                           | 100%                   | 100%                      |                               |
|     |                              | 3.        | Kepuasan pelanggan  | ≥ 80%                          | 76%                    | ≥ 80%                     | 2024                          |
|     |                              | 4.        | Penulisan resep sesuai formularium  | 100%                           | 70%                    | 100%                      | 2024                          |

| NO  | JENIS PELAYANAN                   | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | KONDISI S/D APRIL 2023 | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|-----|-----------------------------------|-----------|---|---------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 11. | Gizi                              | 1.        | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                       | $\geq 90\%$               | 95%                    | $\geq 90\%$               | -                             |
|     |                                   | 2.        | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien maksimal                                 | $\leq 20\%$               | 25%                    | $\leq 20\%$               | 2024                          |
|     |                                   | 3.        | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet  | 100%                      | 95%                    | 100%                      | 2024                          |
| 12. | Tranfusi Darah                    | 1.        | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi                             | 100% terpenuhi            | 100%                   | 100%                      | -                             |
|     |                                   | 2.        | Kejadian reaksi transfusi   | $\leq 0,01\%$             | -                      | $\leq 0,01\%$             | -                             |
| 13. | Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin) | 1.        | Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan | 100% terpenuhi            | 100% terpenuhi         | 100% terpenuhi            | -                             |
| 14. | Rekam Medis                       | 1.        | Kelengkapan pengisian rekammedik 24 jam setelah selesai pelayanan                     | 100%                      | 100%                   | 100%                      | -                             |
|     |                                   | 2.        | Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas          | 100%                      | 100%                   | 100%                      | -                             |
|     |                                   | 3.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat                                  | $\leq 10$ menit           | $\leq 10$ menit        | $\leq 10$ menit           | -                             |

| NO  | JENIS PELAYANAN            | INDIKATOR |   | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | KONDISI S/D APRIL 2023                    | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|-----|----------------------------|-----------|---|---------------------------|---|---------------------------|-------------------------------|
|     |                            |           | jalan   |                           |   |                           |                               |
|     |                            | 4.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                           | ≤ 15 menit                | ≤ 15 menit                                | ≤ 15 menit                | -                             |
| 15. | Pengelolaan Limbah         | 1.        | Baku mutu limbah cair   | a. BOD < 30 mg/ltr        | 16  | BOD < 30 mg/ltr           | 2023                          |
|     |                            |           |   | b. COD < 80 mg/ltr        | 46  | COD < 80 mg/ltr           | 2023                          |
|     |                            |           |   | c. TSS < 30 mg/ltr        | 8,72                                      | TSS < 30 mg/ltr           | 2023                          |
|     |                            |           |   | d. PH 6 – 9               | 8,2                                       | -                         | 2023                          |
|     |                            | 2.        | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                             | 100%                      | 80%                                       | 100%                      | 2024                          |
| 16  | Administrasi dan Manajemen | 1.        | Urusan direksi dan staf: Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi | 100 %                     | 100%                                      | 100%                      |                               |
|     |                            |           |   | 2.                        | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100%                      | 100%                          |
|     |                            |           | Kepegawaian :   |                           |   |                           |                               |
|     |                            | 3.        | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat   | 100%                      | 100%                                      | 100%                      |                               |

| NO  | JENIS PELAYANAN           | INDIKATOR |  | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | KONDISI S/D APRIL 2023 | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|-----|---------------------------|-----------|--|---------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|     |                           | 4.        | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala 100%  | 100%                      | 100%                   | 100%                      | 2024                          |
|     |                           | 5.        | Jumlah jam pelatihan per karyawan pertahun 20 jam per karyawan pertahun. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun               | ≥ 60%                     | 0%                     | ≥ 60%                     |                               |
|     |                           |           | Keuangan:  |                           |                        |                           |                               |
|     |                           | 6.        | <i>Costrecovery</i>  | ≥ 40 %                    | 51%                    | ≥ 40 %                    | 2024                          |
|     |                           | 7.        | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap bulan/tahun   | 100%                      | 100%                   | 100%                      | 2023                          |
|     |                           | 8.        | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap bulan/tahun   | ≤ 2 jam                   | 45 menit               | ≤ 2 jam                   | -                             |
|     |                           | 9.        | Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap<br>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) pegawai sesuai kesepakatan waktu | 100%                      | 0%                     | 100%                      | 2024                          |
| 17. | Ambulance /Kereta Jenazah | 1.        | Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah   | 24 jam                    | 24 jam                 | 24 Jam                    | -                             |
|     |                           | 2.        | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta  | ≤ 30 menit                | > 30 menit             | ≤ 30 menit                | -                             |

| NO  | JENIS PELAYANAN                           | INDIKATOR | STANDAR PELAYANAN MINIMAL  | KONDISI S/D APRIL 2023  | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|-----|---|-----------|--|-------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|     |   |           | jenazah di rumah sakit   |                         |                           |                               |
|     |   | 3.        | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan   | Sesuai ketentuan daerah | -                         | -                             |
| 18. | Pemulasaran Jenazah                       |           | Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah  | ≤ 2 jam                 | 0%                        | ≤ 2 jam<br>2025               |
| 19. | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | 1.        | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat  | ≤ 80%                   | 75%                       | ≤ 80%<br>2024                 |
|     |   | 2.        | Ketepatan waktu pemeliharaan alat  | 100 %                   | 80%                       | 100%<br>2024                  |
|     |   | 3.        | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100%                    | 70%                       | 100%<br>2024                  |
| 20. | Pelayanan laundry rumah sakit             | 1.        | Tidak adanya kejadian linen yang hilang  | 100%                    | 90%                       | 100%<br>2024                  |
|     |   | 2.        | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap  | 100 %                   | 90%                       | 100%<br>20                    |
| 21. | Pencegahan dan pengendalian               | 1.        | Ada anggota tim PPI yang terlatih  | ≥ 75%                   | 0%                        | ≥ 75%<br>2024                 |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR |  | STANDAR PELAYANAN MINIMAL | KONDISI S/D APRIL 2023 | TARGET YANG INGIN DICAPAI | BATAS WAKTU PENCAPAIAN TARGET |
|----|-----------------|-----------|--|---------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|    | infeksi         | 2.        | Tersedian APD di setiap instalasi/departemen   | ≥ 60%                     | 60%                    | ≥ 60%                     | -                             |
|    |                 | 3.        | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial ( <i>health care associated infections</i> ) di rumah sakit (minimum 1 parameter) | ≥ 75%                     | 0%                     | ≥ 75%                     | 2024                          |

BUPATI PEKALONGAN

TTD

FADIA ARAFIQ