

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
II	RAWAT JALAN	1	Dokter pemberi pelayanan di poli spesialis	%	100% dokter spesialis	<100%	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		2	Ketersediaan pelayanan	jumlah poli	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah	poli anak, poli penyakit dalam, poli bedah tulang, poli gigi, poli mata, poli syaraf, poli umum, poli paru, poli THT, poli kulit & kelamin, poli rehabilitasi medik	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		3	Jam buka pelayanan	jam	08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00	hari kerja 08.00-14.00 hari jumat 08.00-11.30	08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00 - 11.00	08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00	08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00	08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00	08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	menit	≤ 60 menit	147 menit	60 menit	60 menit	50 menit	50 menit	50 menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		5	Kepuasan pelanggan	%	≥ 90%	70%	80%	85%	90%	95%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Komite Mutu RS
		6	a. Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopik TB	%	> 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	> 60 %	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan





		3	Pemberi persalinan dengan penyulit	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu RS
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu RS
		5	Pemampuan menangani BBLR 1500 g-2500 g	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu RS
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesario	%	< 20%	< 20%	15%	15%	15%	10%	10%	Komite Mutu RS
		7	KB mantap	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kabid. Yanmed
		8	Konseling mantap	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kabid. Yanmed
		9	Kepuasan pelanggan	%	> 80%	> 80%	85%	90%	95%	100%	100%	Komite Mutu RS

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2019	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
VI	PELAYANAN INTENSIF	1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	< 3 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Komite Medik
		2	Pemberi pelayanan unit intensif	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
							2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	
VII	RADIOLOGI	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	jam	< 3 jam	< 3 jam	2 jam	2 jam	2 jam	1 jam	1 jam	Kepala Instalasi Radiologi	
		2	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	%	< 2%	< 2%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Radiologi
		4	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	> 80 %	85%	90%	95%	100%	100%	100%	Komite Medik

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB		
						2017	2018	2019	2020	2021			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
VIII	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	menit	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	Kepala Instalasi Laboratorium	
		2	Pelaksana ekspertisi	dokter	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	Kepala Instalasi Laboratorium	
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan lab	%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		4	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	80%	85%	90%	95%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB		
						2017	2018	2019	2020	2021			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
IX	REHABILITASI MEDIK	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	%	< 50 %	1%	1%	1%	1%	%	0%	Kepala Instalasi Rehab Medik	
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehab Medik
		3	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	70%	80%	85%	90%	95%	100%	Kepala Instalasi Rehab Medik	

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
X	FARMASI	1	Waktu tunggu pelayanan									
			a. Obat jadi	menit	< 30 menit	< 30 menit	20 menit	20 menit	15 menit	15 menit	10 menit	Kepala Instalasi Farmasi
			b. Obat racikan	menit	< 60 menit	< 60 menit	50 menit	40 menit	30 menit	20 menit	20 menit	Kepala Instalasi Farmasi
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
		3	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	80%	85%	90%	95%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
4	Penulisan resep sesuai formularium	%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi		

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XI	GIZI	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	> 90 %	80%	90%	90%	95%	95%	100%	Kepala Instalasi Gizi
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	< 20 %	23%	50%	60%	70%	80%	90%	Kepala Instalasi Gizi
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2019	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
XII	TRANSFUSI DARAH	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100% terpenuhi	BELUM ADA DATA	80%	85%	90%	95%	100%	Ka.UTD
		2	Kejadian reaksi transfusi	%	< 0,01 %	BELUM ADA DATA	0%	0%	0%	0%	0%	Ka.UTD

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2019	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
XIII	PELAYANAN GAKIN	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100 % terpenuhi	100%	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	Direktur RS

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
							2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XIV	REKAM MEDIK	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik	
		2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik	
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	≤ 7 menit	≤ 7 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik



**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2019	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
XV	PENGLOLAAN LIMBAH	1	Baku mutu limbah cair	mg/l	a. BOD < 30mg/L	a. BOD < 30mg/L	a. BOD < 30mg/L	a. BOD < 30mg/L	a. BOD < 30mg/L	a. BOD < 30mg/L	a. BOD < 30mg/L	Kepala IPSRS
				mg/l	b. COD <80 mg/L	b. COD <80 mg/L	b. COD <80 mg/L	b. COD <80 mg/L	b. COD <80 mg/L	b. COD <80 mg/L		
				mg/l	c. TSS < 30 mg/L	c. TSS < 30 mg/L	c. TSS < 30 mg/L	c. TSS < 30 mg/L	c. TSS < 30 mg/L	c. TSS < 30 mg/L		
				PH	d. PH 6-9	d. PH 6-9	d. PH 6-9	d. PH 6-9	d. PH 6-9	d. PH 6-9		
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	%	100%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	Kepala IPSRS

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2018	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
XVI	ADMINISTRASI & MANAJEMEN	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur RS
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur RS (Ka.bag.TU)
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Tata Usaha (sub.Kepegawaian)
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Tata Usaha (sub.Kepegawaian)
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	> 60%	< 60%	60%	70%	80%	90%	100%	Ka.Bag. Tata Usaha (sub.Kepegawaian)
		6	Cost recovery	%	> 40%	Belum Ada Data	60%	70%	80%	90%	100%	Ka.Bag. Tata Usaha (Sub.Keuangan)
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Tata Usaha (Sub.Keuangan)
		8	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	1 jam	1 jam	< 1 jam	< 1 jam	Ka.Bag. Tata Usaha (Sub.Keuangan)
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Tata Usaha (Sub.Keuangan)

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
							2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XVII	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	1	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	jam	24 jam	>24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Ka.Sub.Bag. Umum	
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah	jam	< 30 menit	>30menit	30 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	Ka.Sub.Bag. Umum
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	jam	< 30 menit	> 1 jam	30 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	Ka.Sub.Bag. Umum

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2019	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
XVIII	PEMULASARAN JENAZAH	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	jam	< 2 jam	>2 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
							2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XIX	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RS	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	> 80%	< 80%	85%	85%	90%	95%	100%	Kepala IPSRS	
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	100%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2019	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
XX	PELAYANAN LAUNDRY	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
							2017	2018	2019	2020	2021	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
XXI	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	1	Ada anggota tim PPI yang terlatih	%	> 75%	13%	75%	80%	90%	100%	100%	Ketua Komite PPI
		2	Tersedia APD (Alat Pelindung Diri) di setiap instalasi	%	> 60%	75%	75%	80%	90%	100%	100%	Tim PPI RS
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (healthcare associated infections) di RS ( min 1 parameter)	%	> 75%	37,50%	75%	80%	90%	100%	100%	Tim PPI RS

BUPATI PASER,

YUSRIANSYAH SYARKAWI