



BUPATI PENAJAM PASER UTARA  
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA  
NOMOR 34 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SEPAKU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Penajam Paser Utara di Provinsi Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4182);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5539) sebagaimana telah beberapa kali diubah 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 6856);

4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Penajam Paser Utara.
2. Bupati adalah Bupati Penajam Paser Utara.
3. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku yang selanjutnya disebut RSUD Sepaku adalah rumah sakit umum Daerah yang terklasifikasi sebagai rumah sakit umum kelas D yang menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Sepaku.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh satuan kerja perangkat Daerah atau unit satuan kerja perangkat Daerah pada satuan kerja perangkat Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
8. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya

Pasal 2

- (1) Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD Sepaku dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan.

- (2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

## BAB II PENYELENGGARAAN SPM

### Pasal 3

SPM RSUD Sepaku dilaksanakan sebagai landasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) dan upaya rujukan.

### Pasal 4

Jenis pelayanan pada RSUD Sepaku meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan persalinan, perinatology, dan keluarga berencana;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan transfusi darah;
- m. pelayanan pasien miskin;
- n. pelayanan rekam medik;
- o. pelayanan sanitasi;
- p. pelayanan administrasi dan manajemen;
- q. pelayanan ambulan/kereta jenazah;
- r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- s. pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
- t. pelayanan penatu (*laundry*); dan
- u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

#### Pasal 5

Jenis pelayanan, indikator dan standar tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### Pasal 6

- (1) Pelaksanaan pelayanan RSUD Sepaku berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Direktur.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilaksanakan oleh Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 7

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

### BAB III

#### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Pasal 8

- (1) Pembinaan dan pengawasan Penerapan SPM dilakukan oleh Bupati melalui Perangkat Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi:
  - a. pemberian orientasi umum;
  - b. petunjuk teknis;
  - c. bimbingan teknis;
  - d. pendidikan dan latihan; atau
  - e. bantuan teknis lainnya.
- (3) Bantuan teknis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, meliputi:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian kinerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan kinerja pencapaian SPM.

#### Pasal 9

- (1) SPI dibentuk oleh Pemimpin BLUD untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap SPM
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Pemimpin BLUD.
- (3) Pembentukan SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan mempertimbangkan:
  - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
  - b. kompleksitas manajemen; dan
  - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.

#### Pasal 10

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen BLUD RSUD Sepaku menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja yang sesuai SPM.

#### Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan dibebankan pada pendapatan operasional BLUD RSUD Sepaku yang ditetapkan dalam rencana bisnis anggaran dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

### BAB IV

#### PELAPORAN

#### Pasal 12

- (1) Penilaian SPM dilakukan oleh SPI dan dilaporkan kepada Direktur.
- (2) Direktur melaporkan hasil penilaian SPM kepada Bupati melalui Kepala Dinas yang dilakukan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan menggunakan aplikasi.
- (3) Hasil penilaian SPM dilakukan evaluasi setiap semester oleh Kepala Dinas dengan melibatkan jajaran RSUD Sepaku.

BAB V  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Penajam  
pada tanggal 10 Oktober 2024

Pj.BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

MUHAMMAD ZAINAL ARIFIN

Diundangkan di Penajam  
pada tanggal 10 Oktober 2024

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

TOHAR

BERITA DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA TAHUN 2024 NOMOR 34.



LAMPIRAN  
 PERATURAN BUPATI PETAJAM PASER UTARA  
 NOMOR 34 TAHUN 2024  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM  
 DAERAH SEPAKU

INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN,  
 URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SEPAKU

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>live saving</i> di UGD	100 %	2 tahun
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	100%	1 tahun
		3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ATLS / ACLS	Dokter dan Perawat 100 %	2 tahun
		4. Waktu tanggap pelayanan di UGD	≤ 5 Menit Terlayani setelah Pasien datang	1 tahun
		5. Kematian pasien < 24 Jam di UGD	≤ 20 %	2 tahun
		6. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka tindakan medis yang akan diberikan di UGD	100 %	1 tahun
		7. Kepuasan pelanggan pada UGD	≥ 70 %	2 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis	2 tahun
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan : a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Anak c. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan d. Poliklinik Bedah	100 %	2 tahun
		3. Buka pelayanan sesuai ketentuan : Senin s/d Kamis : pkl. 08.00 – 12.30 Jum'at : pkl. 08.00 – 10.30 Sabtu : pkl. 08.00 – 12.00	100 %	2 tahun
		4. Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit	100 %	2 tahun
		5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 90 %	2 tahun
		6. Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan DOTS	100%	2 tahun
		7. Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	2 tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberian pelayanan rawat inap: a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3	100 %	1 tahun
		2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100 %	1 tahun
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap : Bedah, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, dan Anak	100 %	3 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
		4. Jam visite dokter : 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100 %	3 tahun
		5. Angka kejadian infeksi nosokomial phlebitis	≤ 1.5 %	2 tahun
		6. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	3 tahun
		7. Kematian pasien > 48 jam	<0,25%	3 tahun
		8. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	3 tahun
		9. Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	3 tahun
		10. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	>60%	3 tahun
		11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit.	>60%	3 tahun
4	Bedah Sentral (Bedah Saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	< 2 hari	3 tahun
		2. Kejadian kematian di meja operasi	< 1%	3 tahun
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	3 tahun
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	3 tahun
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	3 tahun
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	3 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
		7. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube.	<6%	3 tahun
5	Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan < 1 %, Preeklampsia < 30 %, Sepsis < 0.2 %, Partus Lama < 20 %	5 tahun
		2. Pemberi pelayanan persalinaan normal Dokter Sp.OG, Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) dan Bidan	100 %	2 tahun
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim PONEK yang terlatih	≥ 60 %	4 tahun
		4. Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh Dokter Sp.OG, Dokter SP. A, Dokter Sp.An.		
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gram- 2500 gram	100 %	4 tahun
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	<20%	
		7. Prosentase Keluarga Berencana (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten, Dokter Umum terlatih, Dokter Sp.OG,	100 %	4 tahun
		8. Konseling KB Mantap oleh bidan terlatih	100 %	4 tahun
		9. Kepuasan pelanggan	>80%	
6	Intensif	1. Rata- rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	<3%	5 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
		2. Pemberian pelayanan unit Intensif		
		a. Oleh Dokter SP. Anastesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditanganinya	100%	3 tahun
		b. Oleh perawat D3 dengan sertifikst Perawat mahir ICU/setara D4	100%	3 tahun
7	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax Foto $\leq$ 3 Jam	100 %	1 tahun
		2. Pelaksana Ekspertisi (Dokter Spesialis Radiologi)	100 %	1 tahun
		3. Kejadian kegagalan pelayanan roentgen	$\leq$ 2 %	3 tahun
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq$ 80 %	2 tahun
8	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium $\leq$ 140 menit	100%	2 tahun
		2. Pelaksana Ekspertisi (Dokter Sp. Patologi Klinik)	100 %	4 tahun
		3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	1 tahun
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq$ 80 %	2 tahun
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan	$\leq$ 50%	2 tahun
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan fisioterapi	100%	1 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
10	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan : a. obat jadi ≤ 30 menit b. obat racikan ≤ 60 menit	100% 100%	2 tahun 2 tahun
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	1 tahun
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 tahun
		4. Penulisan resep sesuai dengan formularium	100 %	2 tahun
11	Pelayanan Gizi	1. Sisa makan yang tidak dikonsumsi oleh pasien	≤ 20 %	2 tahun
		2. Ketepatan waktu pemberian makan dengan sistem sentralisasi	≥ 90 %	2 tahun
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	2 tahun
12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	4 tahun
		2. Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%	4 tahun
13	Pelayanan Pasien Miskin	1. Pelayanan terhadap pasien miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	1 tahun
14	Pelayanan Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	2 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	2 tahun
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	<10 menit	2 tahun
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	< 15 menit	2 tahun
15	Pelayanan Sanitasi	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/l c. TTS < 30mg/l d. PH 6-9	2 tahun
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2. 100%	2 tahun
16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	1 tahun
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	1 tahun
		3. Ketepatan waktu pengusaha kenaikan pangkat	100%	1 tahun
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	≥ 60%	1 tahun
		5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 40%	2 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
		6. Cost recovery	100%	2 tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≤ 2 Jam	1 tahun
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien	100%	1 tahun
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	1 tahun
17	Ambulan/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	1 tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	≤230menit	1 tahun
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	(?) Sesuai Ketentuan daerah(?)	
18	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	2 tahun
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%	3 tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	3 tahun
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	3 tahun

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	2 tahun
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	2 tahun
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	3 tahun
		2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60%	1tahun
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nasokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	2tahun

Pj.BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

MUHAMMAD ZAINAL ARIFIN

