BUPATI BIREUEN
PROVINSI ACEH

PERATURAN BUPATI BIREUEN
NOMOR 26 TAHUN 2025

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. FAUZIAH BIREUEN

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI BIREUEN,

Menimbang :

a. Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen diharapkan dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

b. bahwa Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen sebagai salah satu sarana Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada mayarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 48 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Bireuen dan Kabupaten Simeulue (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 176, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3897) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 48 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Bireuen dan Kabupaten Simeulue (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3963);

2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indenesia 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 6856);

4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 204);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

15. Qanun Kabupaten Bireuen Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bireuen sebagaimana telah diubah untuk kedua kalinya dengan Qanun Kabupaten Bireuen Nomor 3 Tahun 2024; (Lembaran Kabupaten Bireuen Tahun 2024 Nomor 114);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. FAUZIAH BIREUEN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bireuen.
2. Pemerintah Daerah adalah Unsur Penyelenggara Pemerintahan Kabupaten yang terdiri atas Bupati dan Perangkat Kabupaten.
3. Bupati adalah Bupati Bireuen.
4. Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen yang selanjutnya disebut UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus adalah organisasi yang melasanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu.
5. Direktur adalah Direktur UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen.
6. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan berupa peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang nonmedis dan pelayanan administrasi manajemen.
8. 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 tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen kepada masyarakat.
9. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata

penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

10. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO (*World Health Organization*).
11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh rumah sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
12. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Batas waktu pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh Kepala Daerah untuk mencapai SPM Rumah Sakit.
15. Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. 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) Peraturan Bupati ini dimaksudkan untuk memberikan panduan bagi UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.

(2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan standar pelayanan yang ditentukan.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

(1) UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan, promosi dan upaya rujukan.
(2) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen dapat menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, dan pengabdian masyarakat.

Pasal 4

Jenis pelayanan pada UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen meliputi pelayanan :

a. Gawat Darurat;
b. Rawat Jalan;
c. Rawat Inap;
d. Bedah Sentral;
e. Persalinan dan Perinatologi;
f. *Intensive Care Unit*;
g. Rehabilitasi Medis;
h. Asuransi Kesehatan;
i. Ambulance;
j. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
k. Radiologi;
l. Laboratorium;
m. Farmasi;
n. Gizi;
o. Transfusi Darah;
p. Rekam Medis;
q. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
r. Penyehatan Lingkungan;
s. *Laundry*;
t. Pemulasaraan Jenazah; dan
u. Administrasi dan Manajemen.

Bagian Kedua
Indikator, Standar, Uraian Standar Pelayanan Minimal
dan Tahapan Waktu Pencapaian

Pasal 5

Indikator, Standar, Uraian SPM dan Tahapan Waktu Pencapaian sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 6

(1) UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
(2) Direktur UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan nonkesehatan dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 7

(1) Direktur dan unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, Target, Serta Upaya dan Pelaksanaan Peningkatan Mutu Pelayanan Tahunan Rumah Sakit berdasarkan SPM.
(2) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan SPM.

BAB VI
PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 8

(1) Pembinaan UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) dilaksanakan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya mencakup :

a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
b. penyusunan rencana pencapaian, SPM dan penetapan tahapan pencapaian SPM;
c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
d. pelaporan prestasi kerja SPM.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 9

(1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal.
(2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur.
(3) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersama jajaran manajemen UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen menciptakan dan meningkatkan fungsi pengendalian internal rumah sakit.
(4) Fungsi pengendalian internal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 10

(1) Selain dilaksanakan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dan Pasal 9, pembinaan dan pengawasan dilaksanakan oleh Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
(2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen.

Bagian Ketiga
Pelaporan

Pasal 11

(1) Direktur UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen berkewajiban menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan sesuai SPM UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen yang telah ditetapkan kepada Bupati setiap 1 (satu) tahun sekali.

(2) Laporan pencapaian kinerja pelayanan sesuai SPM UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai bahan evaluasi penerapan SPM UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen selanjutnya.

BAB VII
PEMBIAYAAN

Pasal 12

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional UPTD RSUD dr. Fauziah Bireuen yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VIII
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 Bireuen.

Ditetapkan di Bireuen
pada tanggal 21 Agustus 2025
BUPATI BIREUEN,

MUKHLIS

Diundangkan di Bireuen
pada tanggal 21 Agustus 2025
Pj. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BIREUEN,

HANAFIAH

BERITA DAERAH KABUPATEN BIREUEN TAHUN 2025 NOMOR 857

LAMPIRAN:
PERATURAN BUPATI BIREUEN
NOMOR 26 TAHUN 2025
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. FAUZIAH BIREUEN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah, dimana Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memilik peran yang sangat strategis dalam meningkatkan 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.

Demikian juga dengan RSUD dr. Fauziah Bireuen, sebagai salah satu rumah sakit milik Pemerintah-Kabupaten Bireuen secara bertahap diharapkan dapat mengembangkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan holistik seiring dengan perkembangan jenis penyakit, kemajuan ilmu kedokteran, serta peningkatan pendapatan dan pendidikan masyarakat untuk mendukung meningkatnya derajat kesehatan masyarakat khususnya di Kabupaten Bireuen. Oleh karena itu senantiasa meningkatkan jumlah, jenis, dan mutu layanan, serta harus memiliki standar pelayanan agar menjamin kepuasan dan keamanan pasien.

RSUD Dr. Fauziah Bireuen harus dapat menunjukkan akuntabilitasnya baik secara teknis maupun keuangan, terhadap Pemerintah Kabupaten Bireuen dan masyarakat. Dengan adanya standar pelayanan minimal dapat dijadikan indikator dan target pencapaian kinerja yang dapat diterima oleh pemerintah dan masyarakat dengan optimalisasi dan pengembangan sumber daya dan prosedur pelayanan yang ada.

Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal BAB I Pasal 1 angka (1) menyebutkan bahwa 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.

Laporan capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Fauziah Bireuen merupakan bentuk pertanggungjawaban terhadap aktivitas rumah sakit yang pada akhirnya akan menjadi tolak ukur keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga wajib

dilaksanakan. Hal ini selaras dengan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

B. Maksud dan Tujuan

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat.

Sebagai instrumen pengendalian Rumah Sakit, maka Standar Pelayanan Minimal menjadi hal yang wajib dilaksanakan oleh unit-unit pelayanan yang ada, dengan tujuan:

1. menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan rumah sakit dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing unit pelayanan.
2. menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan suatu layanan sesuai klasifikasi Rumah Sakit , sehingga SPM dapat menjadi dasar penentuan kebutuhan pembiayaan dalam mengusulkan anggaran kepada Tim Anggaran Pemerintah Kabupaten dan DPRK.
3. menentukan usulan perimbangan keuangan dan/atau bantuan lain fungsi pelayanan kesehatan yang lebih adil dan transparan dari Pemerintah Daerah atau pihak lain.
4. meningkatkan akuntabilitas Rumah Sakit terhadap masyarakat. Sebaliknya, masyarakat dapat mengukur sejauhmana Rumah Sakit dapat memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanannya.
5. memperjelas tugas pokok Rumah Sakit dan mendorong terwujudnya *checks and balances* yang efektif.
6. mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit.

C. Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Fauziah Bireuen

Standar Pelayanan Minimal yang digunakan di RSUD dr. Fauziah Bireuen sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, yang ditindaklanjuti dengan Keputusan Direktur RSUD dr. Fauziah Bireuen Nomor 122 Tahun 2024 tentang Penetapan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen, dengan indikator sebagai berikut :

1. Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
1	Instalasi Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani *life saving* pelayanan gawat darurat	100%
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ATLS	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit
		6	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gawat darurat	≥ 70 %
		7	Kematian pasien < 24 jam di pelayanan gawat darurat	≤ 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam	100%
		9	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%
2	Instalasi Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Spesialis
		2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a. Poliklinik Anak
				b. Poliklinik Penyakit Dalam
				c. Poliklinik Kebidanan
				d. Poliklinik Bedah
		3	Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan d. Psikotik e. Gangguan f. neurotik g. Mental h. Retardasi i. Mental Organik j. Usia Lanjut
		4	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 12.30 dan 14.00 s/d 16.30 Kecuali jumat 08.00 s/d 11.30 dan 14.00 s/d 16.15
		5	Waktu tunggu pelayanan rawat jalan	≤ 60 menit
		6	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat jalan	≥ 90 %

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
		7	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %
			b. Pelaksanaannya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %
3	Instalasi Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis
				b. Perawat min. D-3
		2	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak
				b. Penyakit Dalam
				c. Kebidanan
				d. Bedah
		4	Jam visite dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%
		8	Kematian pasien > 48 jam	≤0,24%
		9	Kejadian pulang paksa	≤5%
		10	Kepuasan pelanggan	≥90%
		11	Rawat Inap TB: a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. 100% b. 100%
		12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, dan Gangguan Mental Organik
		13	Tidak adanya kejadiaan kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%
		14	Kejadian re-admision pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%
		15	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤15%
4	Instalasi Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pd tubuh pasien setelah operasi	100%
		7	Komplikasi anestesi krn overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %
5	Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %
		7	Keluarga Berencana : a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. umum terlatih. b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	a. 100 % b. 100%
		8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%
6	Intensif/ Anestesi	1	Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2	Pemberi layanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara D4)
7	Rehabilitasi Medis	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80
8	Pelayanan BPJS	1	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pd setiap unit pelayanan	100%
9	*Ambulance* / Mobil Jenazah	1	Waktu tanggap pelayanan *ambulance* / jenazah	24 jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan *Ambulance*/Jenazah di rumah sakit	≤ 2 jam
		3	*Response time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 45 menit
10	Tim Pengendali Infeksi	1	Tersedianya anggota Tim PPI yg terlatih	≥ 75%
		2	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi	≥ 60%
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min. 1 parameter)	≥ 75%

2. Lingkup Pelayanan Penunjang

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standard
1	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto	≤ 3 jam
		2	Pelayanan ekspertisi hasil pemeriksaan *rontgen*	Dokter Sp. Rad
		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan ≤ 2%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80
2	Laboratorium	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah & darah rutin)
		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp. PK
		3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratoium	100%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80
3	Instalasi Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit
		2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80
		5	Penulisan resep sesuai formularium	100%
4	Instalasi Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standard
		2	Sisa makanan yang tidak termakan pasien	≤ 20 %
		3	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%
5	Unit Transfusi Darah	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 % terpenuhi
		2	Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %
6	Instalasi Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
7	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3	Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu dan sesuai degan ketentuan	100%
8	Pelayanan *Laundry*	1	Tidak ada kejadian *linen* yang hilang	100%
		2	Ketepatan waktu penyediaan *linen* untuk ruang rawat inap	100%
9	IPS Non Medis	1	Kecepatan waktu menaggapi kerusakan alat	≥ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3	Peralatan non medis yg terkalibrasi tepat waktu dan sesuai degan ketentuan	100%
10	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l
				b. COD < 80 mg/l
				c. TSS < 30 mg/l
		2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%

3. Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
1	Bagian SDM	1	Karyawan yg mendapat pelatihan min. 20 jam per tahun	≥ 60 %
2	Evaluasi dan Pelaporan	1	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
3	Kepegawaian	1	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		2	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%
4	Akuntansi	1	*Cost Recovery*	≥ 40 %
		2	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		3	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		4	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
5	Tata Usaha	1	Tindaklanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%

BAB II

HASIL CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. FAUZIAH TAHUN 2024

A. PROSENTASE CAPAIAN SPM

SPM yang digunakan pada RSUD dr. Fauziah Bireuen sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Berikut adalah gambaran capaian SPM RSUD dr. Fauziah Bireuen tahun 2024 :

Tabel Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Tahun 2024

No	Unit Pelayanan	Jumlah Indikator SPM	Tahun 2023		Keterangan
			Tercapai	%	
1	IGD	9	8	88,89	
2	Rawat Jalan	7	6	85,71	
3	Rawat Inap	15	12	85,71	
4	Bedah Sentral	7	7	100,00	
5	Persalinan, *Perinatologi*	8	6	75,00	
6	Intensif/ *Anestesi*	2	1	50,00	
7	Rehab Medis	3	3	100,00	
8	Pelayanan BPJS	1	1	100,00	
9	Ambulance/Jenazah	3	3	100,00	
10	PPI	3	3	100,00	
11	Radiologi	4	4	100,00	
12	Laboratorium	3	3	100,00	
13	Farmasi	5	5	100,00	
11	Gizi	3	3	100,00	
12	Transfusi Darah	2	2	50,00	
13	Rekam Medik	4	4	100,00	
14	IPS RS	3	2	66,66	
15	Pelayanan *Laundry*	2	2	100,00	
16	Pengololaan Limbah	2	2	100,00	
17	Pengembangan SDM	1	0	0	
18	Evaluasi Dan Pelaporan	1	1	100	
20	Kepegawaian	2	2	100,00	
21	Akuntansi	4	2	50,00	
Total Indikator		94	82	89	

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa target SPM tahun 2024 sebesar 86,16% dan realisasi SPM tahun 2024 sebesar 86.16%, dengan demikian prosentase capaian terhadap target adalah 100%.

B. CAPAIAN SPM PADA UNIT PELAYANAN RSUD dr. FAUZIAH BIREUEN

Guna efektivitas analisa hasil pencapaian SPM di RSUD dr. Fauziah Bireuen maka dikelompokkan dalam 3 (tiga) jenis pelayanan yaitu :

1. lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan;
2. lingkup Pelayanan Penunjang; dan
3. lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen.

Adapun hasil pencapaian SPM pada setiap Unit Pelayanan pada RSUD dr. Fauziah Bireuen tahun 2024 adalah seperti tertera dalam tabel berikut ini :

1. Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar	Realisasi	Keterangan
1	Instalasi Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani *lifesaving* pelayanan gawat darurat	100%	100%	Tercapai
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	Tercapai
		3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ATLS	100%	48%	Tidak Tercapai
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	Tercapai
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit	4 menit	Tercapai
		6	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gawat darurat	≥ 70 %	81,21%	Tercapai
		7	Kematian pasien < 24 jam di pelayanan gawat darurat	≤ 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	1,38%	Tercapai
		8	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam	100%	100%	Tercapai
		9	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	Tercapai

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar	Realisasi	Keterangan
2	Instalasi Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Spesialis	100%	Tercapai
		2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a. Poliklinik Anak	100%	Tercapai
				b. Poliklinik Penyakit Dalam	100%	Tercapai
				c. Poliklinik Kebidanan	100%	Tercapai
				d. Poliklinik Bedah	100%	Tercapai
		3	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	a. anak b. remaja c. NAPZA d. gangguan e. *psikotik* f. gangguan g. *neurotik* h. mental i. *retardasi* j. mental k. *organik* l. usia m. lanjut	100%	Tercapai
		4	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 12.30 dan 14.00 s/d 16.30 Kecuali jumat 08.00 s/d 11.30 dan 14.00 s/d 16.15	Sesuai	Tercapai
		5	Waktu tunggu pelayanan rawat jalan	≤ 60 menit	90 menit	Tidak Tercapai
		6	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat jalan	≥ 90 %	81,11%	Tidak Tercapai
		7	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %	100%	Tercapai
			b. Pelaksanaanya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %	100%	Tercapai

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar	Realisasi	Keterangan
3	Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis	100%	Tercapai
				b. Perawat min. D3	100%	Tercapai
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%	100%	Tercapai
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak	100%	Tercapai
				b. Penyakit Dalam	100%	Tercapai
				c. Kebidanan	100%	Tercapai
				d. Bedah	100%	Tercapai
		4	Jam visite dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	Sesuai	Tercapai
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	2,4%	Tidak Tercapai
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	-	Tidak ada data
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	Tercapai
		8	Kematian pasien > 48 jam	≤0,24%	23,8%	Tercapai
		9	Kejadian pulang paksa	≤5%	0,05%	Tercapai
		10	Kepuasan pelanggan	≥90%	81,24%	Tidak Tercapai
		11	Rawat Inap TB : a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	Tercapai Tercapai
		12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, dan Gangguan Mental Organik	100%	Tercapai
		13	Tidak adanya kejadiaan kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100%	Tercapai
		14	Kejadian *re-admision* pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	100%	Tercapai
		15	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	2 minggu	Tercapai

No.	Unit Pelayanan		Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan
4	Instalasi Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 Hari	Tercapai
		2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0,001%	Tercapai
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	Tercapai
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	Tercapai
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi	100%	100%	Tercapai
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	Tercapai
		7	Komplikasi *anestesi* karena *overdosis*, reaksi *anestesi* dan salah penempatan *endotracheal tube*	≤ 6 %	0%	Tercapai
5	Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	a. 0 b. 0 c. 0	Tercapai Tercapai Tercapai
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	a. 100% b. 0% c. 100%	Tercapai Tidak Tercapai Tercapai
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	1 Tim	Tercapai
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	a. 100% b. 100% c. 100%	Tercapai Tercapai Tercapai
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %	100%	Tercapai
		6	Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*	≤ 20 %	51,31%	Tidak Tercapai
		7	Keluarga Berencana : a.Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. umum terlatih. b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	a. 100 % b. 100%	100% 100%	Tercapai Tercapai
		8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	81,18%	Tercapai

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar	Realisasi	Keterangan
6	Intensif/ Anestesi	1	Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	≤ 3 %	Tercapai
		2	Pemberi layanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	100%	Tercapai
				b. Perawat min. D3b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara D4)	12%	Tidak Tercapai
7	Rehabilitasi Medis	1	Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %	0%	Tercapai
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%	100%	Tercapai
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80	81,07%	Tercapai
8	Pelayanan BPJS	1	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pd setiap unit pelayanan	100%	100%	Tercapai
9	Ambulance / Mobil Jenazah	1	Waktu tanggap pelayanan ambulan / jenazah	24 jam	24 jam	Tercapai
		2	Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance* / Jenazah di rumah sakit	≤ 2 jam	90 menit	Tercapai
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 45 menit	30 menit	Tercapai
10	Tim Pengendali Infeksi	1	Tersedianya anggota Tim PPI yg terlatih	≥75%	100%	Tercapai
		2	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi	≥60%	76%	Tercapai
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI *(Health Care Associated Infection)* di RS (min 1 parameter	≥75%	100%	Tercapai

2. Lingkup Pelayanan Penunjang

No.	Unit Pelayanan		Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan
1	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	30 menit	Tercapai
		2	Pelayanan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	Dokter Sp. Rad	100%	Tercapai
		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan ≤ 2%	0,08%	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	81%	Tercapai
2	Laboratorium	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah & darah rutin)	120 menit	Tercapai
		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp. PK	100%	Tercapai
		3	Tidak adanya keselahan penyarahan hasil pemeriksaa laboratorium	100%	100%	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	80,12%	Tercapai
3	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	30 menit	Tercapai
		2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	60 menit	Tercapai
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	80,23%	Tercapai
		5	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	Tercapai
4	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	80%	Tercapai
		2	Sisa makanan yang tidak termakan pasien ≥ 20 %	≤ 85%	90%	Tercapai
		3	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	Tercapai
5	Transfusi Darah	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 % terpenuhi	100%	Tercapai
		2	Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %	0,01%	Tercapai

No.	Unit Pelayanan		Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan
6	Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	Tercapai
		2	Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	Tercapai
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	7 menit	Tercapai
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	15 menit	Tercapai
7	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi laporan kerusakan alat ≥ 3 hari	≤ 80 %	90%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	85%	Tidak Tercapai
		3	Peralatan medis yang terkalibrasi tepat waktu dan sesuai dengan ketentuan	90%	85%	Tidak Tercapai
8	Pelayanan Laundry	1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	80%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	Tercapai
9	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l	11,2%	Tercapai
				b. COD < 80 mg/l	23,5%	Tercapai
				TSS < 30 mg/l	4,9%	Tercapai
		2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%	Tercapai

3. Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar		
1	Bagian SDM	1	Karyawan yg mendapat pelatihan min. 20 jam per tahun	≥ 60 %	13,34%	Tidak Tercapai
2	Evaluasi dan Pelaporan	1	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Tidak Tercapai
3	Kepegawaian	1	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	Tercapai
4	Akuntansi	1	*Cost Recovery*	≥ 40 %	72,92%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	Tercapai
		3	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 jam	Tercapai
		4	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	Tercapai

Secara umum pencapaian kinerja indikator SPM tahun 2024 di Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan sudah baik hal ini terlihat dari sebagian besar indikatornya yang telah mencapai target. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai antara lain:

a. Pelayanan di Rawat Jalan ada satu indikator yang belum memenuhi target yaitu waktu tunggu Rawat Jalan masih lebih dari 60 menit. Hal ini disebabkan belum optimalnya pemanfaatan aplikasi SIMRS.

b. Pelayanan rawat inap ada beberapa indikator yang belum terpenuhi yaitu :

   - Kejadian infeksi pasca operasi masih cukup tinggi dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor petugas: kurangnya kepatuhan dalam melakukan tindakan sesuai SPO, faktor sarana prasarana : sterilitas alat dan kebersihan lingkungan ruang operasi, pasien : interaksi tangan pasien dengan luka operasi.
   - Tingginya angka pertolongan persalinan melalui sectio caesaria disebabkan karena RSU Dr. Fauziah merupakan rumah sakit rujukan, dimana pasien yang dirujuk adalah pasien yang melahirkan dengan kasus penyulit/patologis sehingga perlu dilakukan tindakan persalinan melalui *sectio caesaria.*
   - Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap ≥ 90% tidak tercapai di semua pelayanan Rawat Inap disebabkan masih tingginya antrian pasien sehingga pasien harus menunggu sampai 24 jam bahkan lebih di IGD sebelum masuk ke ruang rawat inap.

1. Lingkup Pelayanan Penunjang

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar	Realisasi	Keterangan
1	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto	≤ 3 jam	30 menit	Tercapai
		2	Pelayanan *ekspertisi* hasil pemeriksaan rontgen	Dokter Sp. Rad	100%	Tercapai
		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan ≤ 2%	0,08%	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	81%	Tercapai
2	Laboratorium Sentral	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah & darah rutin)	120 menit	Tercapai
		2	Pelaksana *ekspertisi* hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp. PK	100,00	Tercapai
		3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratoium	100%	100,00	Tercapai
3	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	30 menit	Tercapai
		2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	60 menit	Tercapai
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	80,23%	Tercapai
		5	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	Tercapai
4	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	95%	Tercapai
		2	Sisa makanan yg tdk termakan pasien	≤ 20 %	20%	Tercapai
		3	Tdk adanya kesalahan dlm pemberian diet	100%	100%	Tercapai
5	Transfusi Darah	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 %	100%	Tercapai
		2	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	Tercapai

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar	Realisasi	Keterangan
6	Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	Tercapai
		2	Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	Tercapai
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	7 menit	Tercapai
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	15 menit	Tercapai
7	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	90%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu	100%	85%	Tidak Tercapai
			pemeliharaan alat			
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	Tercapai
8	Pelayanan Laundry	1	Tidak ada kejadian linen yg hilang	100%	100%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	Tercapai
9	IPS Non Medis	1	Kecepatan waktu menaggapi kerusakan alat	≥ 80 %	75%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	80%	Tidak Tercapai
		3	Peralatan Non medik yg terkalibrasi tepat waktu dan sesuai dengan ketentuan	100%	95%	Tidak Tercapai
10	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 g/l	11%	Tercapai
				b. COD < 80 g/l	24%	Tercapai
				c. TSS < 30mg/l	5%	Tercapai
		2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dgn aturan	100%	100%	Tercapai

Secara umum pencapaian kinerja indikator SPM di lingkup Pelayanan Penunjang tahun 2024 sudah baik. Hal ini terlihat sebagian besar indikator SPM yang telah mencapai target. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai antara lain :

- Pada pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dengan indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat non medis tidak tercapai karena faktor jumlah ketenagaan yang menangani sarana di rumah sakit masiht kurang dibanding dengan luasnya area kerja, pemeliharaan sarana medis dan non medis yang dilakukan oleh pihak ke tiga juga tidak dapat diselesaikan tepat waktu.

- Peralatan non medik yang terkalibrasi tepat waktu belum mencapai target karena proses kalibrasi alat sebagian besar dilakukan oleh pihak ketiga.

Untuk itu unit kerja/bidang di lingkup Pelayanan Penunjang diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanannya sehingga semua indikator dapat tercapai. Tentunya hal ini juga perlu di dukung oleh perencanaan dan ketersediaan anggaran yang memadai.

2. Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No.	Unit Pelayanan	Indikator		Standar	Realisasi	Keterangan
1	Bagian SDM	1	Karyawan yg mendapat pelatihan min. 20 jam per tahun	≥ 60 %	13,34%	Tidak Tercapai
2	Evaluasi dan Pelaporan	1	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Tercapai
3	Kepegawaian	1	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Tercapai
		2	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	Tercapai
4	Akuntansi	1	*Cost recovery*	≥ 40 %	Tidak ada data	Tidak Tercapai
		2	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	90%	Tidak Tercapai
		3	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 jam	Tercapai
		4	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	Tercapai

Sebagian besar indikator SPM di lingkup bagian Administrasi dan Manajemen Tahun 2024 sudah tercapai. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai yaitu :

a. Indikator pada Bagian SDM yaitu karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun ≥ 60% belum tercapai.

b. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

   Untuk itu unit kerja/bagian di lingkup Administrasi dan Manajemen diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanannya sehingga semua indikator dapat tercapai.

BAB III
PENUTUP

A. Kesimpulan

Secara umum Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada RSUD dr. Fauziah Bireuen Tahun 2024 mencapai sebesar 89%. Beberapa indikator yang belum tercapai antara lain :

1. dilingkup pelayanan medis ada 7 (tujuh) indikator yang belum tercapai.
2. dilingkup pelayanan penunjang ada 2 (dua) indikator yang belum tercapai.
3. dilingkup administrasi dan manajemen ada 2 (dua) indikator yang belum tercapai.

B. Rekomendasi

Adapun langkah-langkah yang akan dilakukan untuk meningkatkan capaian kinerja dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada tahun berikutnya adalah dengan cara :

c. Tertib administrasi kegiatan pencatatan dan pelaporan SPM dari setiap unit kerja agar evaluasi pencapaian SPM RSUD dr. Fauziah Bireuen dapat dilakukan tepat waktu.
d. Peningkatan mutu sarana dan prasarana pelayanan kesehatan (sarana prasarana, peningkatan *respon time*, pengembangan SIM-RS untuk mendukung *Electronic Medical Record).*
e. Peningkatan mutu sumber daya manusia melalui diklat, *workshop*, monev, bimtek dan lain-lain.
f. Peningkatan manajemen risiko di setiap satuan kerja untuk pengendalian pencapaian target indicator SPM.

Diharapkan kinerja pelayanan yang telah dilaksanakan pada tahun 2024 dapat lebih meningkat pada tahun 2025, tentunya perlu dukungan semua pihak untuk meningkatkan capaian indikator SPM menjadi 100%.

BUPATI BIREUEN,

MUKHLIS