



BUPATI BELITUNG TIMUR
PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG

PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR
NOMOR 19 TAHUN 2018

TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR NOMOR 49 TAHUN 2014
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN BELITUNG TIMUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BELITUNG TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa dengan ditetapkan dan diundangkannya Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 36 Tahun 2017 tentang Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Daerah pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Belitung Timur maka ketentuan dalam Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur sudah tidak sesuai, oleh karena itu perlu dilakukan perubahan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu ditetapkan Peraturan Bupati tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat, dan Kabupaten Belitung Timur di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5695);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur (Berita Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2014 Nomor 49);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR NOMOR 49 TAHUN 2014 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR.

Pasal I

Ketentuan dalam Lampiran I Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur (Berita Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2014 Nomor 49) diubah sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal II

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Manggar
pada tanggal 17 Mei 2018
BUPATI BELITUNG TIMUR,

ttd

YUSLIH IHZA

Diundangkan di Manggar
pada tanggal 18 Mei 2018

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BELITUNG TIMUR,

ttd

IKHWAN FAHROZI

BERITA DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR TAHUN 2018 NOMOR 19

Salinan sesuai dengan aslinya
Ptt. KEPALA BAGIAN HUKUM,



DELA WAHYUDI RINURSYAH, SH
NIP. 19830529 201001 1 014

STANDARD PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB | |
|----|-------------------------|-----------|---|---|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------------|--|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 1 | Pelayanan Gawat Darurat | input | - Kemampuan menangani life saving | 100% | 50% | 70% | 75% | 90% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gawat Darurat | |
| | | | - Pemberi pelayanan kegawat daruratan yg bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | 100% | 45% | 70% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kasubag Umum dan Kepegawaian | |
| | | | - Ketersediaan tim penanggulangan bencana | 1 tim | 0 | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 2 Tim | Kepala Instalasi Gawat Darurat | |
| | | proses | - Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | Kepala Instalasi Gawat Darurat |
| | | | - Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat | < 5 Menit terlayani, setelah pasien datang | 10 Menit | ≤ 6 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Ketua Tim Mutu / Panitia Mutu |
| | | | - Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gawat Darurat |
| | | out put | - Kematian pasien ≤ 8 jam | ≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) | ≤ 6/1000 | 4 / 1000 | 2/1000 | 2/1000 | 2/1000 | 2/1000 | 2/1000 | Kepala Instalasi Gawat Darurat |
| | | | - Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam | 100% | - | - | - | - | 100% | 100% | 100% | Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Jiwa |
| | | out come | - kepuasan pasien | ≥ 70% | 55% | 65% | 70% | 70% | 70% | 70% | 70% | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Ketua Tim Mutu / Panitia Mutu |
| 2 | Rawat Jalan | input | - Ketersedian Pelayanan | 100% | 20% | 60% | 75% | 85% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan | |
| | | | - Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis | 100% dokter spesialis | 20% | 60% | 75% | 85% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan | |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB | |
|----|-----------------|-----------|--|---|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|---|------------------------------|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | | - Ketersediaan Pelayanan di poliklinik Jiwa | a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Organik f. Usia Lanjut | - | - | - | - | 100% | 100% | Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa | |
| | | | - Pelayanan Poliklinik Psikotest | Mental Retardasi | - | - | - | - | 100% | 100% | Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa | |
| | | proses | - Jam buka pelayanan | 100% (Jam Pendaftaran 07.30-12.00, Jumat 7.30-10.00 dan sabtu 07.30-11.00) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | - Waktu tunggu di Rawat Jalan | ≤60 menit | 47 Menit | 40 Menit | 35 Menit | 30 menit | 25 menit | 25 Menit | Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu | |
| | | | - Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis. | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | - Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | - Ketersedian Pelayanan VCT (HIV) | Tersedia dengan tenaga terlatih | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | ouput | - Peresepan Obat Sesuai Formularium | 100% | 72% | 80% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | - Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit | ≥ 60% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | out come | - Kepuasan pelanggan | ≥ 90% | 82,00% | 90% | 90% | 90% | 95% | 95% | Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu | |
| 3 | Rawat Inap | input | - Ketersediaan Pelayanan | Sesuai jenis dan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap | |
| | | | - Pemberi Pelayanan di Rawat Inap | Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas Rumah Sakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap | |
| | | | - Tempat tidur dengan pengaman | 100% | 55% | 65% | 75% | 85% | 95% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap | |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB |
|----|-----------------|-----------|---|---|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | proses | - Kamar mandi dengan pengamanan pegangan tangan | 100% | 0% | 45% | 70% | 80% | 90% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | - Dokter Penanggung Jawab pasien rawat inap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | - Jam Visite Dokter Spesialis | 08.00 s/d 14.00 WIB | 87,90% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi rawat inap/Komite Medik/Panitia Mutu |
| | | | - Kejadian Infeksi Pasca operasi | ≤1,5% | ≤1,5% | ≤1,5% | ≤1,5% | ≤1,5% | ≤1,5% | ≤1,5% | Ketua Komite Medik/komite mutu/tim mutu |
| | | | - Kejadian infeksi nosokomial | ≤ 9% | - | 11,5% | 10% | 9% | 9% | 9% | Ketua Komite Medik/komite mutu/tim mutu |
| | | | - Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian | 100% | 90% | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | - Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | - Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit | ≥ 60% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | - Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa | NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik | - | - | - | - | 90% | 100% | Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa |
| | | | - Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri | 100% | - | - | - | - | 100% | 100% | Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa |
| | | | - Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan | 100% | - | - | - | - | 100% | 100% | Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa |
| | | | - Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa | ≤ 6 minggu | - | - | - | - | 100% | 100% | Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa |
| | | out put | - Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh | ≤5% | 15,39% | 11% | 9% | 7% | 5% | 5% | Ketua komite mutu/tim mutu |
| | | | - Kematian pasien ≥ 48 jam | ≤0,24% | 15,09% | 11% | 8% | 5% | 1% | 0,20% | Ketua komite mutu/tim mutu |
| | | outcome | - Kepuasan pasien | ≥90% | 77,58% | 80% | 90% | 90% | 90% | 92% | Ketua komite mutu/tim mutu |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB |
|---------|-----------------------------|---|--|---|-----------------|--------|--------|--------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 4 | Pelayanan Bedah Sentral | input | - Ketersediaan tim operator | sesuai dengan kelas dan Klasifikasi Rumah Sakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah |
| | | | - Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi | sesuai dengan kelas dan Klasifikasi Rumah Sakit | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% | Kepala Instalasi Bedah |
| | | proses | - Kemampuan melakukan tindakan operatif | sesuai dengan kelas dan Klasifikasi Rumah Sakit | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah |
| | | | - Waktu tunggu operasi elektif | ≤ 2 hari | 2 hari | 2 hari | 2 hari | 2 hari | 2 hari | 2 hari | Kepala Instalasi Bedah |
| | | | - Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik |
| | | | - Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik |
| | | | - Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik |
| | | | - Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik |
| | | - Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anasthesi, salah penempatan ET | ≤ 6 % | 4% | 4% | 3% | 3% | 2% | 2% | Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik | |
| | | output | - Kejadian kematian di meja operasi | ≤ 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik |
| outcome | - Kepuasan pasien | >80 % | 0% | 65% | 75% | 80% | 80% | 85% | Ketua Komite Mutu/Tim Mutu | | |
| 5 | Persalinan dan Perinatologi | input | - Pemberi pelayanan persalinan normal | dr SPOG/Dokter umum/Bidan | 50% | 65% | 80% | 100% | 100% | 100% | Kepala KSM Kebidanan |
| | | | - Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim Ponek Terlatih | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala KSM Kebidanan |
| | | | - Pemberi pelayanan dengan tindakan operatif | DokterSp.OG, dr Sp.A, Sp.AN | 100% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala KSM Kebidanan |
| | | | - Kemampuan menangani BBLR (1500-2500gr) | 100% | 71% | 80% | 90% | 100% | 100% | 100% | Komite Medik/Komite Mutu |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB |
|----|---------------------|-----------|---|---|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | - Kemampuan menangani bayi lahir dengan afiksia | 100% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Komite Medik/Komite Mutu |
| | | proses | - Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan | ≤20% | 15% | 15% | 14% | 13% | 12% | 11% | Komite Mutu |
| | | | - Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh tenaga yang kompeten | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Ketua komite mutu/tim mutu |
| | | | - Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Ketua komite mutu/tim mutu |
| | | output | - Kematian ibu karena persalinan | Perdarahan ≤1%, Pre eklampsia ≤30% dan Sepsis ≤0,2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | Komite Medik |
| | | out come | - Kepuasan pasien | ≥ 80% | - | 60% | 65% | 75% | ≥ 80% | ≥ 80% | Ketua komite mutu/tim mutu |
| 6 | Pelayanan Intensif | input | - Pemberi pelayanan | sesuai kelas RS dan Standar ICU | 30% | 60% | 80% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi ICU |
| | | | - Ketersediaan fasilitas dan peralatan ICU | sesuai kelas RS dan Standar ICU | 50% | 60% | 80% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi ICU |
| | | | - Ketersediaan Tempat tidur dengan monitoring dan ventilator | sesuai kelas RS dan Standar ICU | 75% | 75% | 75% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi ICU |
| | | proses | - Kepatuhan terhadap <i>Hand Hygiene</i> | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi ICU |
| | | | - Kejadian infeksi nosokomial | < 21% | - | - | - | 1% | 1% | 1% | Kepala Instalasi ICU |
| | | output | - Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤3% | 3% | 3% | 3% | 3% | 3% | 3% | komite medik/komite mutu |
| | | outcome | - Kepuasan pelanggan | ≥70% | - | 60% | 65% | 70% | 70% | 75% | Ketua komite mutu/tim mutu |
| 7 | Pelayanan Radiologi | input | - Pemberi pelayanan radiologi | dokter spesialis radiologi, radiograper | 85% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi radiologi |
| | | | - Ketersedian fasilitas dan peralatan radiologi | sesuai kelas rumah sakit | 70% | 85% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi radiologi |
| | | proses | - Waktu tunggu hasil pelayanan thorax | ≤ 3 jam | 3 jam | 3 jam | 3 jam | 3 jam | 3 jam | 3 jam | Kepala Instalasi radiologi |
| | | | - Kerusakan foto | ≤ 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | Kepala Instalasi radiologi |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB | |
|----|-------------------------------|-----------|--|--|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | | - Tidak adanya kesalahan pemberian label | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi radiologi | |
| | | out put | - Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi | dokter Sp.radiologi | 0% | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi radiologi | |
| | | out come | - Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 75,00% | 79% | 80% | 80% | 80% | 85% | Ketua Tim Mutu/Humas | |
| 8 | Pelayanan laboratorium klinik | input | - Pemberi pelayanan laboratorium klinik | sesuai kelas rumah sakit | 60% | 60% | 65% | 80% | 90% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium | |
| | | | - Fasilitas dan peralatan | sesuai kelas rumah sakit | 60% | 70% | 80 | 90% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium | |
| | | proses | - Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium klinik | ≤ 120 Menit | 120 Menit | 120 Menit | 120 Menit | 120 Menit | 120 Menit | 120 Menit | 120 Menit | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | | - Tidak adanya kejadian tertukar specimen | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | | - Kemampuan memeriksa HIV-AIDS | 100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen | 0% | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Komite medik/komite mutu |
| | | output | - Kemampuan mikroskopik TB Paru | 100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | komite medik/komite mutu |
| | | | - Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium | Dr Spesialis Patologi klinik | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | | - Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | outcome | - Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal | 100% | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium |
| | | | - Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 76,85% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | Kepala Instalasi Laboratorium |
| 9 | Pelayanan Rehabilitasi Medik | input | - Pemberi Pelayanan rehabilitasi Medik | sesuai persyaratan kelas rumah sakit | 50% | 50% | 90% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik | |
| | | | - Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik | sesuai persyaratan kelas rumah sakit | 40% | 50% | 60% | 75% | 85% | 100% | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik | |
| | | proses | - Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik | |
| | | out put | - Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | ≤50% | 30,00% | 30% | 30% | 30% | 25% | 25% | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik | |
| | | out come | - Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 70% | 70% | 80 | 80% | 80% | 85% | Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik | |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB | |
|---|---|-----------|--|--|--|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|---|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 10 | Pelayanan Farmasi | input | - Pemberi pelayanan farmasi | sesuai kelas rumah sakit | 70% | 70% | 70% | 80% | 80% | 85% | Kepala Instalasi Farmasi | |
| | | | - Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi | sesuai kelas rumah sakit | 75% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Farmasi | |
| | | | - Ketersediaan formularium Obat dan BMHP | Ketersediaan dan updated paling lama 3 tahun | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Farmasi | |
| | | proses | - Waktu tunggu pelayanan obat jadi | ≤ 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | Kepala Instalasi Farmasi |
| | | | - Waktu tunggu pelayanan obat racikan | ≤ 60 menit | 60 menit | 60 menit | 60 menit | 60 menit | 60 menit | 60 menit | 60 menit | Kepala Instalasi Farmasi |
| | | out put | - Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Farmasi |
| | | out come | - Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 77,52% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | Kepala Instalasi Farmasi |
| 11 | Pelayanan Gizi | input | - Pemberi pelayanan gizi | sesuai pola ketenagaan tersedia | 60% | 75% | 85% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gizi | |
| | | | - Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi | sesuai dengan kelas RSUD Kab. Belitim | belum ada | belum ada | belum ada | belum ada | belum ada | belum ada | belum ada | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | - Ketepatan waktu pemberian makan | ≥90% | 90% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | Kepala Instalasi Gizi |
| | | | - Tidak adanya kesalahan pemberian diet | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | output | - Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien | ≤20% | 19% | 19% | 19% | 19% | 19% | 19% | 19% | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | out come | - Kepuasan pelanggan | ≥80% | - | 65% | 75% | 80% | 80% | 80% | 85% | dilakukan survey |
| | | 12 | Pelayanan Tranfusi Darah | input | - Tenaga Penyedia pelayanan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS) | sesuai standar UTDRS | 50% | 80% | 90% | 100% | 100% | 100% |
| - Ketersediaan fasilitas dan peralatan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS) | sesuai standar UTDRS | | | | 50% | 60% | 75% | 90% | 100% | 100% | Standar Alat UTDRS/Penanggungjawab UTDRS | |
| proses | - Kejadian reaksi tranfusi | | | ≤0,01% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | Penanggungjawab UTDRS |
| output | - Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan tranfusi darah di rumah sakit | | | 100% | 95% | 95% | 95% | 95% | 100% | 100% | 100% | Penanggungjawab UTDRS |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB | |
|----|----------------------------------|-----------|--|---|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------|--|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | outcome | - Kepuasan Pelanggan | ≥80% | - | 60% | 70% | 75% | 80% | 80% | Penanggungjawab UTDRS | |
| 13 | Pelayanan Pasien Keluarga Miskin | input | - Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin | tersedia | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit | |
| | | | - Ada kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin | ada | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit | |
| | | proses | - Waktu tunggu verifikasi kepesertaan Pasien keluarga miskin | ≤ 15 menit | 25 menit | 20 menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu |
| | | | - Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin | 100% | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu |
| | | output | - Semua pasien keluarga miskin dilayani | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit |
| | | outcome | - Kepuasan pelanggan | ≥80% | - | 60% | 65% | 70% | 75% | 80% | 80% | Panitia Mutu |
| 14 | Pelayanan Rekam Medik | input | - Pemberi pelayanan rekam medik | sesuai persyaratan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rekam Medik | |
| | | proses | - Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan | ≤10 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | | | - Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat inap | ≤15 menit | 15 menit | 14 menit | 14 menit | 12 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | | out put | - Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 50% | 65% | 75% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | | | - Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | | out come | - Kepuasan pelanggan | ≥80% | - | 60% | 65% | 70% | 75% | 80% | 80% | Panitia Mutu |
| 15 | Pengelolaan Limbah | input | - Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit | adanya SK direktur sesuai kelas rumah sakit (Permenkes No. 1204 thn 2004) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | SK Penanggungjawab Pengelola Limbah | |
| | | | - Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah | sesuai peraturan perundang-undangan | 50% | 50% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit |
| | | proses | - Pengelolaan limbah cair | sesuai pertauran perundangan | 0 | 0% | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB |
|----|----------------------------|-----------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | - pengelolaan limbah padat | sesuai peraturan perundangan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi/Unit Pengolahan Limbah Rumah Sakit |
| | | out put | - Baku mutu limbah cair | BOD<30mg/l, COD < 80 mg/l TSS<30mg/l PH 6-9 | 0% | 0% | 0% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi/Unit Pengolahan Limbah Rumah Sakit |
| 16 | Administrasi dan Manajemen | Input | - Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi | ≥ 90 % | 60% | 70% | 80% | 90% | 90% | 90% | Direktur Rumah Sakit |
| | | | - Peraturan internal Rumah Sakit | tersedia | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Direktur Rumah Sakit |
| | | | - Peraturan Karyawan Rumah Sakit | tersedia | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Direktur Rumah Sakit |
| | | | - Daftar urutan kepangkatan karyawan | tersedia | ada (revisi per 6 bulan) | ada (revisi per 6 bulan) | ada (revisi per 6 bulan) | ada (revisi per 6 bulan) | ada (revisi per 6 bulan) | ada (revisi per 6 bulan) | Direktur Rumah Sakit |
| | | | - Perencanaan strategis bisnis Rumah Sakit | tersedia | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Direktur Rumah Sakit |
| | | Proses | - Perencanaan Pengembangan SDM | tersedia | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Direktur Rumah Sakit |
| | | | - Tindak Lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 20% | 40% | 80% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit |
| | | | - Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kasubag Administrasi Umum dan Keuangan |
| | | | - Ketepatan waktu pengurusan Gaji Berkala | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kasubag Administrasi Umum dan Keuangan |
| | | | - Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM | ≥ 90 % | 65% | 70% | 80% | 85% | 90% | 100% | Bagian Pendidikan dan Pelatihan |
| | | | - Ketepatan Waktu penyusunan Laporan Keuangan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Bagian Keuangan |
| | | | - Kecepatan Waktu pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap | ≤ 2 Jam | 3 Jam | 2,5 Jam | 2 Jam | 2 Jam | 2 Jam | 2 Jam | Bagian Keuangan |
| | | Out Put | - <i>Cost Recovery</i> | ≥ 60 % | 16% | 20% | 35% | 45% | 60% | 60% | Bagian Keuangan |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB |
|----|-------------------------------------|-----------|--|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | - Kelengkapan pelaporan Akuntabilitas kinerja | 100% | 70% | 70% | 100% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit |
| | | | - Karyawan mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | Kepala Bagian Tata Usaha |
| | | | - Ketepatan Waktu pemberian Insentif Sesuai Kesepakatan waktu | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Bagian Keuangan |
| 17 | Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah | Input | - Ketersediaan Pelayanan ambulance dan mobil Jenazah | 24 Jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | Kepala IGD/Instalasi Pemulasaran Jenazah |
| | | | - Penyediaan pelayanan ambulance dan Mobil Jenazah | Sopir Ambulans terlatih | 50% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Bidang Umum |
| | | | - Ketersediaan Mobil ambulance dan Mobil Jenazah | 100% | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% | 60% | Kepala IGD/Instalasi Pemulasaran Jenazah |
| | | Proses | - Kecepatan Memberikan Layanan Ambulans / Mobil Jenazah di Rumah Sakit | ≤ 30 Menit | 45 menit | 35 Menit | 35 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | Penanggungjawab ambulance |
| | | | - Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance Kepada masyarakat yang membutuhkan | ≤ 30 Menit | 40 menit | 40 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit |
| | | Out Put | - Tidak terjadinya Kecelakaan ambulance / Mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Bidang Umum |
| | | Out Come | - Kepuasan Pelanggan | ≥ 80 % | - | 60% | 70% | ≥ 80 % | ≥ 80 % | ≥ 80 % | Panitia Mutu |
| 18 | Perawatan Jenazah | Input | - Ketersediaan Pelayanan Pemulasaran Jenazah | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 jam | Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah |
| | | | - Ketersediaan fasilitas dan peralatan Kamar Jenazah | sesuai kelas rumah sakit | 50% | 50% | 60% | 70% | 80% | 100% | Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah |
| | | | - Ketersediaan tenaga di Instalasi Perawatan jenazah | tersedia | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) | Ada (SK Direktur) |
| | | Proses | - Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah | ≤ 15 menit setelah dikamar jenazah | 30 menit | 25 menit | 20 Menit | 15 Menit | 15 Menit | 15 Menit | Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah |
| | | | - Perawatan Jenazah Sesuai Standart <i>Universal Precaution</i> | 100% | 50% | 50% | 70% | 80% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah |
| | | | - Tidak Adanya Kesalahan Identifikasi Jenazah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | | STANDAR | PENCAPAIAN AWAL | | | | | | PENANGGUNGJAWAB |
|----|--------------------|-----------|---|----------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| | | JENIS | URAIAN | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | - Ketersediaan APD di setiap Instalasi / Ruangan | ≥ 60 % | 20% | 35% | 45% | 50% | 55% | 60% | Ketua Tim PPI |
| | | | - Rencana Program PPI | Ada | - | - | ada | ada | ada | ada | Ketua Tim PPI |
| | | Proses | - Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana | 100% | 0 | 30% | 50% | 65% | 75% | 100% | Ketua Tim PPI |
| | | | - Penggunaan APD saat melaksanakan tugas / Tindakan | 100% | 20% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Ketua Tim PPI |
| | | Out Put | - Kegiatan Pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial di Rumah Sakit | ≥ 75 % | 65% | 70% | 75% | 75% | 75% | 75% | Ketua Tim PPI |
| 22 | Pelayanan Keamanan | Input | - Petugas Keamanan bersertifikat | 100% | 50% | 50% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Bagian Umum |
| | | | - Sistem pengamanan | Ada | tidak ada | 30% | 40% | 50% | 70% | 80% | Bagian Umum |
| | | Proses | - Petugas Keamanan melakukan keliling Rumah sakit | Setiap jam | per 12 jam | Per 12 jam | per 6 Jam | Setiap Jam | Setiap Jam | Setiap Jam | Bagian Umum |
| | | | - Evaluasi Terhadap sistem pengamanan | Setiap 3 bulan | per 6 bulan | per 3 bulan | per 3 bulan | per 3 bulan | per 3 bulan | per 3 bulan | Bagian Umum |
| | | Out Put | - Tidak adanya barang milik pasien, karyawan yang hilang | 100% | 80% | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | Bagian Umum |
| | | Out Come | - Kepuasan Pasien | ≥ 90 % | 0 | 50% | 65% | 75% | ≥ 90 % | ≥ 90 % | Bagian Umum |

BUPATI BELITUNG TIMUR,

ttd

YUSLIH IHZA

