

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR  
 NOMOR 49 TAHUN 2014  
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM  
 DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13		
1	<b>Pelayanan Gawat Darurat</b>	Input	1	Kemampuan menangani life saving	100%	50%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yg bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	45%	70%	100%	100%	100%	100%	Kasubag Umum dan Kepegawaian	
			3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	0	1 tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		proses	4	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
			5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	< 5 Menit terlayani, setelah pasien datang	10 Menit	6 menit	5 menit	5 menit	5 menit	4 menit	Kepala Instalasi Gawat Darurat / ketua Tim Mutu / Panitia Mutu	
			6	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Beltim

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
		out put	7	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	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Beltim
		out come	8	Kepuasan pelanggan	≥ 70%	55%	65%	70%	70%	75%	75%	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ketua Tim Mutu/Panitia Mutu
2	<b>RAWAT JALAN</b>	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			2	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		proses	3	Jam buka pelayanan	100%(08.00s/d 12.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00 diseluruh rawat jalan)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			4	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
			5	Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan	
			7	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
		ouput	8	Peresepan obat Sesuai Formularium	100%	72%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
			9	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥60%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
		out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	82,00%	90%	90%	90%	95%	95%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu
3	<b>RAWAT INAP</b>	input	1	Ketersediaan Pelayanan	Sesuai jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			2	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			3	Tempat tidur dengan pengaman	100%	55%	65%	75%	85%	95%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			4	Kamar mandi dengan pengamanan pegangan tangan	100%	0%	45%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		proses	5	Dokter Penanggung Jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13		
			6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	87,90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap/Komite Medik/ Panitia Mutu	
			7	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	
			8	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	-	11,5%	10%	9%	9%	9%	Ketua Komite Medik/komite mutu/tim mutu	
			9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap	
			10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap	
			11	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap	
		out put	12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤5%	15,39	11%	9%	7%	5%	5%	Ketua komite mutu/tim mutu	
			13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤0,24%	15,09%	11%	8%	5%	1%	0,2%	Ketua komite mutu/tim mutu	
		outcome	14	Kepuasan pasien	≥90%	77,58%	80%	90%	90%	90%	92%	Ketua komite mutu/tim mutu	
		4	<b>Pelayanan Bedah Sentral</b>	input	1	Ketersediaan tim operator	sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah
					2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	sesuai dengan kelas RS	50%	60%	70%	80%	90%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
		proses	3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	sesuai dengan kelas RS	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah
			4	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	Kepala Instalasi Bedah
			5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			9	Komplikasi anestesi karena overdosis/reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	4%	4%	3%	3%	2%	2%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		output	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		outcome	11	Kepuasan pelanggan	≥80 %	0%	65%	75%	80%	80%	85%	Ketua komite mutu/tim mutu
5	<b>Persalinan dan perinatologi</b>	input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	DrSPOG/Dokter umum/Bidan	50%	65%	80%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Ponek Terlatih	0	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			3	Pemberi pelayanan dengan tindakan operasi	DokterSp.OG, Dr Sp.A, Sp.AN	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500gr)	100%	71%	80%	90%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu
			5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu
		proses	6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan	≤20%	15%	15%	14%	13%	12%	11%	Komite Mutu
			7	Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu
			8	Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua komite mutu/tim mutu
		output	9	Kematian ibu karena persalinan	perdarahan ≤ 1%, Pre Eklampsia ≤30% dan Sepsis ≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	komite medik
		out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	-	60%	65%	75%	≥ 80%	≥ 80%	Ketua komite mutu/tim mutu

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB			
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019				
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13			
6	Pelayanan Intensif	input	1	Pemberi pelayanan	sesuai kelas RS dan Standar ICU	30%	60%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU		
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ICU	sesuai kelas RS dan Standar ICU	50%	60%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU		
			3	Ketersediaan Tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	sesuai kelas RS dan Standar ICU	75%	75%	75%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU		
			proses	4	kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU	
				5	Kejadian infeksi nosokomial	< 21 %	-	-	-	-	-	-	-	Kepala Instalasi ICU
			output	6	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	komite medik/komite mutu
			outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥70%	-	60%	65%	70%	70%	70%	75%	Ketua komite mutu/tim mutu
7	Pelayanan radiologi	input	1	Pemberi pelayanan radiologi	dokter spesialis radiologi, radiografer	85%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi		
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	sesuai kelas rumah sakit	70%	85%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi		
		proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	Kepala Instalasi radiologi	
			4	Kerusakan foto	≤ 2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	Kepala Instalasi radiologi	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi	
		out put	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	dokter sp.radiologi	0%	95%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi radiologi	
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75%	79%	80%	80%	80%	85%	Ketua Tim Mutu/Humas
8	<b>Pelayanan patologi klinik</b>	input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	sesuai kelas rumah sakit	60%	60%	65%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			2	Fasilitas dan peralatan	sesuai kelas rumah sakit	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 Menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	Kepala Instalasi Laboratorium
			4	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			5	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Komite medik/komite mutu
			6	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	komite medik/komite mutu
		output	7	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	dokter Spesialis Patologi klnik	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium



NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			8	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
			9	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		outcome	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75%	78%	79%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Laboratorium
9	<b>Pelayanan Rehabilitasi Medik</b>	input	1	Pemberi Pelayanan rehabilitasi Medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	50%	50%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik
2			Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	40%	50%	60%	75%	85%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik	
proses		3	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik	
out put		4	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤50%	30%	30%	30%	30%	25%	25%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik	
out come		5	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	70%	70%	70%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Rehabilitasi medik	
10	<b>pelayanan Farmasi</b>	input	1	Pemberi pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit	70%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit	75%	90%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			3	Ketersediaan formularium	Ketersediaan dan updated paling lama 3 tahun	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi	
		proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 Menit	30 menit	30 menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	Kepala Instalasi farmasi	
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	Kepala Instalasi farmasi	
		out put	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi farmasi	
		out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	77,52%	80%	80%	80%	85%	85%	Kepala Instalasi farmasi
11	<b>Pelayanan Gizi</b>	input	1	Pemberi pelayanan gizi	sesuai pola ketenagaan tersedia	60%	75%	85%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi	
			2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	sesuai dengan kelas RSUD Kab. Beltim	30%	30%	60%	90%	100%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Ins. Ranap	
			3	ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥90%	90%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Gizi	
			4	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Ins. Ranap	
		output	5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20%	19%	19%	19%	19%	19%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Ins. Ranap	
		out come	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	65%	75%	80%	80%	85%	dilakukan survey

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13		
12	<b>Pelayanan Tranfusi Darah</b>	input	1	Tenaga Penyedia pelayanan Bank darah rumah sakit	Sesuai Standar BDRS	50%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank darah rumah sakit	Sesuai Standar BDRS	50%	60%	75%	90%	100%	100%	standar alat Bank Darah/Penanggung jawab darah	
		proses	3	Kejadian reaksi transfusi	≤0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	Penanggung Jawab Bank Darah	
		output	4	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	95%	95%	95%	95%	100%	100%	Penanggung Jawab Bank Darah	
		outcome	5	Kepuasan Pelanggan	≥80%	-	60%	70%	75%	80%	80%	Penanggung Jawab Bank Darah	
13	<b>pelayanan pasien keluarga miskin</b>	input	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit	
			2	Ada kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	ada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit	
		proses	3	Waktu tunggu verifikasi kepersertaan 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
			4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	80%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rawat jalan/komite mutu/tim mutu
		output	5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
		outcome	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	60%	65%	70%	75%	80%	panitia mutu
14	<b>Pelayanan Rekam Medik</b>	input	1	Pemberi pelayanan rekam medik	sesuai persyaratan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
		proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit	10 menit	9 menit	9 menit	8 menit	8 menit	8 menit	kepala Instalasi rekam medik
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	15 menit	14 menit	14 menit	12 menit	10 menit	10 menit	kepala Instalasi rekam medik
		out put	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	50%	65%	75%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
			5	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	kepala Instalasi rekam medik
		out come	6	Kepuasan pelanggan	≥80%	-	60%	65%	70%	75%	80%	panitia mutu
15	<b>Pengelolaan Limbah</b>	input	1	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 penanggung jawab pengelola limbah

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit baik padat maupun cair	sesuai peraturan perundang-undangan	50%	50%	100%	100%	100%	100%	kepala instalasi/unit pengolahan limbah rumah sakit
		proses	3	Pengelolaan limbah cair	sesuai peraturan perundangan	0	0	0%	100%	100%	100%	kepala instalasi/unit pengolahan limbah rumah sakit
			4	Pengelolaan limbah padat	sesuai peraturan perundangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	kepala instalasi/unit pengolahan limbah rumah sakit
		out put	5	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	<b>Administrasi dan manajemen</b>	Input	1	Kelengkapan pengisian jabatan	≥ 90 %	60%	70%	80%	90%	90%	90%	Direktur Rumah sakit
			2	Peraturan internal Rumah Sakit	Ada	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Direktur Rumah sakit
			3	Peraturan Karyawan Rumah Sakit	Ada	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Direktur Rumah sakit
			4	Daftar urutan kepangkatan keryawan	Ada	ada (diperbarui per 6 bulan)	ada (diperbarui per 6 bulan)	ada (diperbarui per 6 bulan)	ada (diperbarui per 6 bulan)	ada (diperbarui per 6 bulan)	ada (diperbarui per 6 bulan)	Direktur Rumah sakit

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			5	Perencanaan strategis bisnis Rumah Sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah sakit
			6	Perencanaan Pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah sakit
		Proses	7	Tindak Lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	20%	40%	80%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit
			8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			9	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			10	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM	≥ 90 %	60%	65%	70%	80%	85%	90%	Bagian Pendidikan dan pelatihan
			11	Ketepatan Waktu penyusunan Laporan Keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Keuangan
			12	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
			13	<i>Cost Recovery</i>	≥ 60 %	16%	20%	35%	45%	60%	60%	Bagian Keuangan
			14	Kelengkapan pelaporan Akuntabilitas kinerja	100%	70%	70%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			15	Karyawan mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	Kepala Bagian Tata Usaha
			16	Ketepatan Waktu pemberian Insentif Sesuai Kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	bagian keuangan
17	<b>Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah</b>	Input	1	Ketersediaan Pelayanan ambulans dan mobil Jenazah	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaran Jenazah
			2	Penyediaan pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah	Sopir Ambulans terlatih	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Umum
			3	Ketersediaan Mobil Ambulans dan Mobil Jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaran Jenazah
		Proses	4	Kecepatan Memberikan Layanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit	45 menit	35 menit	35 menit	30 menit	30 menit	30 menit	Penanggung jawab ambulans
			5	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit	40 menit	40 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	penanggung jawab ambulans

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13
		Out Put	6 Tidak terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala bidang Umum
		Out Come	7 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	-	60%	70%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	panitia mutu
18	Perawatan Jenazah	Input	1 Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah	24 Jam	24 Jam	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			2 Ketersediaan fasilitas dan peralatan Kamar Jenazah	sesuai kelas Rumah Sakit	50%	50%	60%	70%	80%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			3 Ketersediaan tenaga di Instalasi Perawatan jenazah	Ada SK Direktur	ada	Ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
		Proses	4 Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	≤15 menit setelah dikamar Jenazah	30 menit	25 menit	20 menit	15 menit	15 menit	15 menit	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			5 Perawatan Jenazah Sesuai Standar <i>Universal Precaution</i>	100%	50%	50%	70%	80%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			6 Tidak terjadinya Kesalahan Indentifikasi Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
		Outcome	7 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	-	60%	70%	75%	≥ 80 %	≥ 80 %	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah



NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019			
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13	
19	<b>Pelayanan Laundry</b>	Input	1	Ketersediaan Pelayanan Laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	kepala instalasi Laundry	
			2	Adanya penanggung Jawab Pelayanan Laundry	Ada SK Direktur	ada	Ada	ada	ada	ada	ada	kepala instalasi Laundry	
			3	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry	Tersedia	50%	50%	70%	80%	90%	100%	kepala instalasi Laundry	
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi laundry
			5	Ketepatan Pengelolahan linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi laundry
		Out Put	6	Ketersediaan Linen	2,5 - 3 Set x Jumlah tempat tidur	30%	30%	60%	90%	100%	100%	Kepala instalasi laundry	
			7	Ketersediaan Linen Steril untuk kamar Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi laundry
20	<b>Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit</b>	Input	1	Adanya Penanggung Jawab pemeliharaan sarana Rumah Sakit	SK Direktur	ada	Ada	ada	ada	ada	ada	kepala instalasi/Unit Pemeliharaan sarana	
			2	Ketersediaan bengkel Kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	kepala instalasi/Unit Pemeliharaan sarana
		Proses	3	Waktu tanggap Kerusakan alat	≥ 80 %	17%	30%	50%	60%	80%	80%	80%	Kepala IPSRS
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	20%	20%	60%	70%	80%	100%	100%	Kepala IPSRS

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4		5	6	8	9	10	11	12	13
			5	Ketepatan waktu Kalibrasi Alat	100%	50%	50%	60%	70%	85%	100%	kepala IPSRS
		Out Put	6	Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	50%	50%	60%	70%	85%	100%	Kepala IPSRS
21	<b>Pencegahan dan Pengendalian Infeksi</b>	Input	1	Tersedianya Anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq$ 75 %	30%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
			2	Ketersediaan APD di setiap Instalasi / Departemen	$\geq$ 60 %	20%	35%	45%	50%	55%	60%	Ketua Tim PPI

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			3	Rencana Program PPI	Ada	-	ada	ada	ada	ada	Ketua Tim PPI	
		Proses	4	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%	0	30%	50%	65%	75%	100%	Ketua Tim PPI
			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	20%	20%	40%	60%	80%	100%	Ketua Tim PPI
		Out Put	6	Pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial + di Rumah Sakit	≥ 75 %	65%	70%	75%	75%	75%	75%	Ketua Tim PPI
22	<b>Pelayanan Keamanan</b>	Input	1	Petugas Keamanan bersertifikat	100%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	kepala bagian umum
			2	Sistem pengamanan	Ada	tidak ada	30%	40%	50%	70%	80%	bagian umum
		Proses	3	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling Rumah sakit	Setiap jam	per 12 jam	Per 12 Jam	Per 6 Jam	Setiap Jam	Setiap Jam	Setiap Jam	bagian umum

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2015	2016	2017	2018	2019		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
			4	Evaluasi Terhadap system 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	5	Tidak adanya barang milik pasien, karyawan yang hilang	100%	80%	80%	100%	100%	100%	100%	bagian umum
		Out Come	6	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	0	50%	65%	75%	≥ 90 %	≥ 90 %	bagian umum

BUPATI BELITUNG TIMUR,

ttd

BASURI THAJAJA PURNAMA

Salinan sesuai dengan aslinya  
Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM,

AMRULLAH, SH  
Penata(III/c)  
NIP. 19710602 200604 1 005