



BUPATI BUTON UTARA
PROVINSI SULAWESI TENGGARA

PERATURAN BUPATI BUTON UTARA
NOMOR 37 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BUTON UTARA,

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 2, Pasal 3 ayat (1) huruf b, Pasal 4 dan Pasal 6 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, *juncto* Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, bidang kesehatan merupakan salah satu jenis pelayanan dasar yang merupakan urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh warga Negara secara minimal, sehingga perlu menetapkan standar pelayanan minimal yang diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan keterukuran dan ketepatan sasaran;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Buton Utara di Provinsi Sulawesi Tenggara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 15, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4685);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Buton Utara.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Buton Utara.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pelayanan kesehatan.
5. Direktur adalah pimpinan RSUD yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai pejabat pengelola RSUD.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD yaitu segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
7. Urusan Pemerintahan Wajib adalah Urusan Pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua Daerah.
8. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara.
9. 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 yang diberikan RSUD.
10. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulaidari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
11. Kebutuhan Dasar Warga Negara adalah barang dan/atau jasa dengan kualitas dan jumlah tertentu yang berhak diperoleh oleh setiap individu agar dapat hidup secara layak.
12. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga Negara secara minimal.
13. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai dengan standar teknis agar hidup secara layak.

f

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Buton Utara.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Buton Utara.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pelayanan kesehatan.
5. Direktur adalah pimpinan RSUD yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai pejabat pengelola RSUD.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD yaitu segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
7. Urusan Pemerintahan Wajib adalah Urusan Pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua Daerah.
8. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara.
9. 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 yang diberikan RSUD.
10. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulaidari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
11. Kebutuhan Dasar Warga Negara adalah barang dan/atau jasa dengan kualitas dan jumlah tertentu yang berhak diperoleh oleh setiap individu agar dapat hidup secara layak.
12. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga Negara secara minimal.
13. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai dengan standar teknis agar hidup secara layak.

14. Warga Negara adalah orang bangsa Indonesia asli dan orang bangsa lain yang disahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.
15. Program adalah penjabaran kebijakan Perangkat Daerah dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan tugas dan fungsi.
16. Kegiatan adalah serangkaian aktivitas pembangunan yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah untuk menghasilkan keluaran dalam rangka mencapai hasil suatu program.
17. Kinerja adalah keluaran/hasil dari Kegiatan/Program yang akan atau telah dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas yang terukur.
18. Indikator Kinerja adalah tanda yang berfungsi sebagai alat ukur pencapaian Kinerja suatu Kegiatan atau Program dalam bentuk keluaran atau hasil. Pembiayaan adalah setiap penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun-tahun anggaran berikutnya.
19. Hari adalah hari kerja.
20. Standar Teknis adalah standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, sumber daya manusia dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman teknis pelaksanaan SPM pada RSUD.
- (2) Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. guna menjamin hak warga dan masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan
 - b. memberikan kepastian hukum bagi RSUD dalam memberikan pelayanan kepada warga dan masyarakat.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang lingkup dalam Peraturan Bupati ini, meliputi:

- a. jenis pelayanan;
- b. indikator dan standar pelayanan; dan
- c. target dan waktu pencapaian standar pelayanan.

BAB IV JENIS PELAYANAN

Pasal 4

Jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, yang disediakan meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan perawatan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan farmasi;
- j. pelayanan gizi;
- k. pelayanan pasien JKN PBI;
- l. pelayanan rekam medis;
- m. pelayanan pengelolaan limbah;
- n. pelayanan administrasi dan manajemen;
- o. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- p. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- q. pencegahan dan pengendalian infeksi.

BAB V INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh RSUD.
- (3) Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib dilaksanakan oleh RSUD untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (4) Pejabat Struktural di lingkungan RSUD bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV JENIS PELAYANAN

Pasal 4

Jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, yang disediakan meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah sentral;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan perawatan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan farmasi;
- j. pelayanan gizi;
- k. pelayanan pasien JKN PBI;
- l. pelayanan rekam medis;
- m. pelayanan pengelolaan limbah;
- n. pelayanan administrasi dan manajemen;
- o. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- p. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- q. pencegahan dan pengendalian infeksi.

BAB V INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh RSUD.
- (3) Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib dilaksanakan oleh RSUD untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (4) Pejabat Struktural di lingkungan RSUD bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB X
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Buranga
pada tanggal 17 -10- 2022

BUPATI BUTON UTARA,


MUHAMMAD RIDWAN ZAKARIAH

Diundangkan di Buranga
pada tanggal 17 -10- 2022

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BUTON UTARA,


MUHAMMAD HARDHY MUSLIM

PARAF KOORDINASI			
No	Nama	Jabatan	Para
1.	M. HARDHY	SEKDA	
2.	Mansur	Asst. I	
3.	Mardani	Kog Hkm	
4.	dr. paka.	Dirsek Pseu.	

BERITA DAERAH KABUPATEN BUTON UTARA TAHUN 2022 NOMOR 37

h

LAMPIRAN
 PERATURAN BUPATI BUTON UTARA
 NOMOR TAHUN 2022
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/P PGD	100%	20%	40%	60%	80%	100%	100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
		6. Kepuasan pelanggan di Gawat Darurat	≥ 70%	Belum dilakukan survey khusus di	75%	80%	85%	90%	90%

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar Pelayanan Minimal	Kondisi Tahun 2021	TARGET 2022-2026				
					2022	2023	2024	2025	2026
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
				Gawat Darurat					
		7. Angka kematian pasien < 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2 per seribu / (0,2%)	4,9%	4,5%	4%	3,5%	3%	2,5%
		8. Tidak ada keharusan untuk membayar uang muka	100%		100%	100%	100%	100%	100%
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan spesialistik minimal	a. Klinik anak; b. Klinik penyakit dalam; c. Klinik Kebidanan; dan d. Klinik Bedah	3 Klinik Spesialis (Penyakit dalam, kebidanan dan Bedah)	4 Klinik Spesialis	4 Klinik Spesialis	4 Klinik Spesialis	4 Klinik Spesialis	4 Klinik Spesialis
		3. Buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 13.00 WITA setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00 WITA	09.00 s/d 12.00 WITA setiap hari	09.00 s/d 12.30 WITA setiap hari kerja kecuali Jumat 09.00 s/d 11.30 WITA	08.30 s/d 12.30 WITA setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00 WITA	08.00 s/d 13.00 WITA setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00 WITA	08.00 s/d 13.00 WITA setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00 WITA	08.00 s/d 13.00 WITA setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00 WITA
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	90 menit	≤ 80 menit	≤ 70 menit	≤ 80 menit	≤ 80 menit	≤ 80 menit

k

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	Belum dilakukan survey khusus di Gawat Darurat	75%	80%	85%	90%	90%
		6. Pasien rawat jalan TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap	a. Dokter spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah	75% a. Penyakit dalam b. Kebidanan c. Bedah	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Jam visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 WITA setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	< 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		6. Kejadian infeksi nosocomial	< 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
4	Bedah Sentral	8. Kematian pasien >48 jam	< 0,24%	1,65%	1,5%	1%	<0,5%	< 0,24%	< 0,24%
		9. Kejadian pulang paksa	< 5%	2,3%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%
		10. Kepuasan pelanggan	> 90%	84,9%	85%	90%	90%	90%	90%
		11. Rawat inap TB							
		a. Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB; dan	a. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	b. 100%						
		1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6. Tidak adanya	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

6

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
5	Persalinan dan Perinatalogi	kejadian tertinggalnya benda asing atau lain pada tubuh pasien setelah operasi							
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotrache al tube	≤6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. perdarahan ≤ 1% b. Pre-eklampsia ≤30% c. Sepsis ≤ 0,2%	≤1%	0%	0%	0%	0%	0%
		2. Pemberian pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) c. Bidan	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		3. Pemberian pelayanan persalinandengan penyulit oleh dokter SpOG	3. Tim PONEK yang terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	a. 100% b.0%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%	a. 100% b. 100%

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
6.	Intensif			c. 100%	c. 100%	c. 100%	c. 100%	c. 100%	c. 100%
		5. Kemampuan menangani BBLR 15000 gr – 2500 gr	5. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. ≤ 20%	16,12%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 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. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	a. 100%	0%	100 %	100 %	100 %	100 %	
				100%	100%	100%	100%	100%	
		8. Kepuasan pelanggan	8. ≥80%	84,4%	85%	85%	90%	90%	
		1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	1. ≤3%	0%	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	
	2. Pemberian pelayanan Unit Intensif	2. a. Dokter Sp.Anestesi dengan dokter	a. 100%	100%	100%	100%	100%		

2

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
			spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan setifikat Perawat mahir ICU b. 0%		20%	40%	60%	80%	100%
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1. ≤3 jam	1 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam
2. Pelaksana ekspertisi		2. Dokter Sp. Rad	0%	100%	100%	100%	100%	100%	
3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen		3. Kerusakan foto ≤2%	0%	≤2%	≤2%	≤2%	≤2%	≤2%	
4. Kepuasan pelanggan		4. ≥80%	Belum dilakukan survey kepuasan di Radiologi	80%	85%	90%	90%	90%	
8.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1. ≤140 menit kimia darah & darah rutin	120 menit	≤140 menit	≤120 menit	≤100 menit	≤100 menit	≤100 menit
2. Pelaksana ekspertisi		2. Dokter Sp. PK	0%	100%	100%	100%	100%	100%	
3. Tidak adanya kesalahan pemberian		3. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

h

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
9.	Rehabilitasi Medik	hasil							
		4. Kepuasan pelanggan	4. ≥80%	Belum dilakukan survey kepuasan di Laboratorium	80%	85%	90%	90%	90%
10.	Farmasi	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang direncanakan	1. ≤50%	50 %	80 %	80%	88%	90%	100 %
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic	2. 100%	100 %	100 %	100%	100%	100%	100 %
		3. Kepuasan pelanggan	3. ≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
		1. Waktu tunggu pelayanan Obat jadi	1. ≤30 menit	≤20 menit	≤15 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit
		2. Waktu tunggu pelayanan Obat Racikan	2. ≤60 menit	≤45 menit	≤40 menit	≤35 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit
11.	Gizi	3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	3. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Kepuasan pelanggan	4. ≥80%	Belum dilakukan survey kepuasan di Apotik	80%	85%	90%	90%	90%
		5. Penulisan resep sesuai formularium	5. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		1. Ketepatan waktu	1. ≥90%	95%	95%	100%	100%	100%	100%

2

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
12.	Rekam Medik	pemberian makanan kepada pasien							
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. ≤20%	25%	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		1. Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan	1. 100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
13.	Pengelolaan Limbah	2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	2. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan	3. ≤ 10 menit	15 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	4. ≤ 15 menit	15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit
		1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD <30 mg/dL b. COD < 80 mg/dL c. TSS < 30 mg/dL d. pH 6-9	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13.	Pengelolaan Limbah	2. Pengelolaan limbah padat infeksius	2. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

4

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
14.	Administrasi dan manajemen	sesuai dengan aturan							
		1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1. 100%	75%	90%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3. 100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	4. 100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5. ≥60%	20%	30%	40%	50%	60%	70%
		6. Cost recovery	6. ≥40%						
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7. 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8. ≤2 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.	Ambulance / kereta jenazah	9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100%	65%	90%	100%	100%	100%	100%
		1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	1. 24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2. Kecepatan	2. ≤230 menit	≤2,5 jam	≤2 jam	≤1,5 jam	≤1 jam	≤1 jam	≤1 jam

2

No (1)	Jenis Pelayanan (2)	Indikator (3)	Standar Pelayanan Minimal (4)	Kondisi Tahun 2021 (5)	TARGET 2022-2026				
					2022 (6)	2023 (7)	2024 (8)	2025 (9)	2026 (10)
		memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit							
16.	Pemulasaran jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤2 jam	Belum ada pemulasaran jenazah					
17.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1. ≤80%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100%	85%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3. 100%	85%	100%	100%	100%	100%	100%
18.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. 100%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
19.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	1. Anggota tim PPI yang terlatih 75%	0%	20%	40%	60%	80%	100%
		2. Tersedia APD di setiap unit	2. 60%	90%	100%	100%	100%	100%	100%

2

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar Pelayanan Minimal	Kondisi Tahun 2021	TARGET 2022-2026				
					2022	2023	2024	2025	2026
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS	3. 75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BUPATI BUTON UTARA,

PARAF KOORDINASI				
No	Nama	Jabatan	Paraf	
1.	M. HAROHY	SEKDA		
2.	Mansur	Asst. I		
3.	Mardian	Kbg Hum		
4.	dr. Fakh.	Dirjen Raw		

MUHAMMAD RIDWAN ZAKARIAH