



SALINAN

**BUPATI PURWOREJO
PROVINSI JAWA TENGAH**

**PERATURAN BUPATI PURWOREJO
NOMOR 25 TAHUN 2016**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. TJITROWARDOJO PURWOREJO**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PURWOREJO,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, telah diterbitkan Peraturan Bupati Purworejo Nomor 60 Tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo;
- b. bahwa sejalan dengan perkembangan keadaan dan dengan adanya perubahan nomenklatur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Purworejo, maka Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud pada huruf a sudah tidak sesuai lagi, sehingga perlu diganti dengan menerbitkan Peraturan Bupati yang baru;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu ditetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo Purworejo;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Darah (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 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. 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 4585);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. TJITROWARDJO PURWOREJO.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Purworejo.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

3. Bupati adalah Bupati Purworejo.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo, yang selanjutnya disingkat RSUD Dr. Tjitrowardojo, adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo Purworejo.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Dr. Tjitrowardojo selaku Pemimpin BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.
6. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo, yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo, adalah Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
7. Pelayanan rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
8. Standar Pelayanan Minimal, yang selanjutnya disingkat SPM, adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

BAB II

SPM BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo

Pasal 2

- (1) BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sesuai SPM.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan acuan dalam pelayanan BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo.
- (3) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang, Pelayanan Keperawatan, Administrasi dan Manajemen beserta indikator kinerja dan standar, yang selengkapnya tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini.

Pasal 3

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 diberlakukan dan dilaksanakan melalui penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang ditetapkan oleh BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo.

BAB III

PENGORGANISASIAN

Pasal 4

- (1) Direktur bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua lini melalui penerapan Standar Pelayanan BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo dibawah koordinasi instalasi mutu BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) SPM yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam perencanaan program dilaksanakan sesuai dengan Standar Pelayanan BLUD RSUD Dr.Tjitrowardojo yang ditetapkan.
- (3) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo untuk pencapaian target sesuai SPM seluruhnya dibebankan pada anggaran BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo.

BAB V

PEMBINAAN

Pasal 6

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo sesuai SPM.

- (2) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan, yang meliputi:
- perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - penilaian pengukuran kinerja;
 - penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

BAB VI

PENGAWASAN

Pasal 7

- Direktur melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo sesuai SPM.
- Direktur menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo sesuai SPM kepada Bupati.

Pasal 8

- Bupati melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo sesuai SPM yang ditetapkan.
- Hasil evaluasi kemampuan dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Purworejo.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Pada saat Peraturan Bupati ini berlaku, Peraturan Bupati Purworejo Nomor 60 Tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo (Berita Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2011 Nomor 59 Seri E Nomor 46), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

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

**Ditetapkan di Purworejo
pada tanggal 13 Juni 2016**

BUPATI PURWOREJO,

Ttd.

AGUS BASTIAN

Diundangkan di Purworejo
pada tanggal **13 Juni 2016**

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PURWOREJO,

Ttd.

TRI HANDOYO

**BERITA DAERAH KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2016 NOMOR 25 SERI E NOMOR 22**



LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI PURWOREJO
NOMOR 25 TAHUN 2016
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BANDAR LAYANAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. TJUTROWARDJO PURWOREJO

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BANDAR LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. TJUTROWARDJO PURWOREJO

AYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAKALAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			TARGET 2020
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	
Jrat	1	Kemampuan mempertahankan diri seiring anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	Jam buka Pelayanan Clavat Darurat	24 Jam	24 Jam				
	3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat sang mantri berlaku (BLS/ PPGD/ QELS/ ALS)	100%	62%	80%	85%	90%	100%
	4	Keterwujukan tim pernurutgulungan bencana	Satu tim	Satu tim				
	5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terhadap setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
	6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	89,74 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
	7	Kemauan pasien < 24 Jam	≤ 2 % (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%
	8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	1	Dokter peroberti Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%
	2	Ketercapdeaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Peny.dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Peny.dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Peny.dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Peny.dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Peny.dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI PURWOREJO
NOMOR 25 TAHUN 2016
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAS
Dr. TUTTROWARDJO PURWOREJO

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAS
Dr. TUTTROWARDJO PURWOREJO

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PERCAKAPAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018				
1	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	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	24 Jam	24 Jam
3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang berminit/min yang mampu berlaku (BLS / PPGLD/ QELS/ ALS)			100%	62%	80%	85%	90%	95%	95%	95%	100%
4	Keterediaan tim pemanggilan dalam bencana			Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim
5	Waktu tunggu pelayanan Dokter di Gawat Darurat			≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
6	Kepuasan Pelayanan			≥ 70 %	≥ 74 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
7	Kemauan pasien < 24 Jam			≤ 2 % [hindari ke pelarahan rawat inap setelah 8 jam]	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rawat Jalan	1	Dokter pembertahunaan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak	a. Klinik Anak	b. Klinik Peny. dalam	b. Klinik Peny. dalam	b. Klinik Peny. dalam	b. Klinik Anak	b. Klinik Peny. dalam	b. Klinik Peny. dalam	b. Klinik Anak
				b. Klinik Kebidanan	c. Klinik Kebidanan	c. Klinik Kebidanan	d. Klinik Bedah	c. Klinik Kebidanan	c. Klinik Kebidanan	d. Klinik Bedah	c. Klinik Kebidanan	d. Klinik Bedah

AYAHAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019
3	Jalan buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00	09.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00	09.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00	09.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00	09.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00	09.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00	09.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00
4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	80 menit	100 menit	95 menit	90 menit	80 menit	70 menit
5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	87,44 %	90%	90%	90%	90%	90%
6	a. Pengukuran diagnoisis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	78%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
1	Pembebasan pelaku TB Rawat Inap	a. 100% dokter spesialis b. Perawat matulai pendidikan D3	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Dokter pemangku jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Keterpaduan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kejadianan d. Bedah	b. Penyakit Dalam c. Kejadianan d. Bedah	c. Kejadianan d. Bedah	d. Bedah	e. Anak f. Penyakit Dalam g. Kejadianan h. Bedah	i. Anak j. Penyakit Dalam k. Kejadianan l. Bedah	m. Anak n. Penyakit Dalam o. Kejadianan p. Bedah
4	Jam Visita Dokter Spesialis	100% 08.00 s/d 14.00 Setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Kehadiran infeksi pencernaan opermat	≤ 1,5 %	0,1402%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
6	Kejadian Infeksi Nonokstruktif	≤ 1,5 %	0,886%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat lecetavann / komplikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	1,7368%	≤ 1,6 %	≤ 1,4 %	≤ 1,2 %	≤ 1,0 %	≤ 0,8 %
9	Kehadiran pihang publik	≤ 5 %	3,6560%	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
10	Kepuasan pengguna	≥ 90 %	89,95%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
11	Rawat Inap TB:	Pengukuran diagnoisis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	76,1227 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			TARGET 2020
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	
4	Bedah Sembuh	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	18.95 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari
		2	Kegiatan Konsultasi di meja operasi	≤ 1 %	0%	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisa	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Tidak adanya kejadian tidak diberitahukan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5	Tidak adanya kejadian tertinggalnya berdua pasien/kamis pada tahun	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya berdua pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Pertumbuhan perikinatologi [kecuali rumah ibu dan anak]	1	Kelahiran Vagina than ibu ketika pertumbuhan	a. Pendidikan ibu ≤ 1 % b. Pre-ekstampsia ≤ 30% c. Sepatu ≤ 0.2%	1075.00%	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
		2	Pertumbuhan perikinatologi pertumbuhan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum Urinath (Asisten Perawatan Normal) c. Bidan	100%	a. 100% b. 20% c. 100%	a. 100% b. 40% c. 100%	a. 100% b. 60% c. 100%	a. Pertumbuhan ≤ 1 % b. Pre-ekstampsia ≤ 30% c. Sepatu ≤ 0.2%
		3	Pertumbuhan perikinatologi dengan penyulur	100% Tim PUNEK yang terlatih	100%	100%	100%	100%	a. Pertumbuhan ≤ 1 % b. Pre-ekstampsia ≤ 30% c. Sepatu ≤ 0.2%
		4	Pertumbuhan perikinatologi pertumbuhan dengan sindrom operasi	a. 100% Dokter Sp.OG b. 100% Dokter Sp.A c. 100% Dokter Sp.An	100%	a. 100% b. 100% c. 100%	a. 100% b. 100% c. 100%	a. 100% b. 100% c. 100%	a. Pertumbuhan ≤ 1 % b. Pre-ekstampsia ≤ 30% c. Sepatu ≤ 0.2%
		5	Kemampuan mendengar dalam 1500-2500 Hz	100%	100%	98%	98%	100%	a. Pertumbuhan ≤ 1 % b. Pre-ekstampsia ≤ 30% c. Sepatu ≤ 0.2%
		6	Pertumbuhan perikinatologi dengan operasi	≤ 20 %	27.70%	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	a. Pertumbuhan ≤ 1 % b. Pre-ekstampsia ≤ 30% c. Sepatu ≤ 0.2%
		7	Keluarga Benignitas a. Presentase KB (vaksinasi & refleksional) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dr.Spi.Og, dr.Spi.H, dr.Spi.U, dr.Urumum terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	a. Pertumbuhan ≤ 1 % b. Pre-ekstampsia ≤ 30% c. Sepatu ≤ 0.2%

AYARAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PERTAHUN			TARGET 2020
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	
1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	18,96 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari
2	Kesedian kreatininsul meja operasi	≤ 1%	100%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sela	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Tidak adanya kejadian tertunda/tunda berdasarkan alasan pada tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Konsolidasi klinik	≤ 6 %	1073,00%	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
1	Ketidaktepatan keruangan kantina penilaian tumbuhan & diksi dan	a. Pendekatan ≤ 1% b. Pre-eklampsi ≤ 30% c. Sepals ≤ 0,2%	a. Pendekatan 1,83 % b. Pre-eklampsi 34% c. Sepals 0 %	a. Pendekatan ≤ 1% b. Pre-eklampsi ≤ 30% c. Sepals ≤ 0,2%	a. Pendekatan ≤ 1% b. Pre-eklampsi ≤ 30% c. Sepals ≤ 0,2%	a. Pendekatan ≤ 1% b. Pre-eklampsi ≤ 30% c. Sepals ≤ 0,2%	a. Pendekatan ≤ 1% b. Pre-eklampsi ≤ 30% c. Sepals ≤ 0,2%	a. Pendekatan ≤ 1% b. Pre-eklampsi ≤ 30% c. Sepals ≤ 0,2%
2	Pemberian penilaian pertumbuhan normal	a. Dokter Sp.OG i. Dokter umum terlatih ii. Ahli Penilaian Normal iii. Bidan	a. 100% b. 0% c. 86,15 %	a. 100% b. 40% c. 100%	a. 100% b. 60% c. 100%			
3	Pemberian pelayanan penilaian dengan penyakit	100% Tim PONER yang terlatih	0%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Pemberian pelayanan penilaian dengan tindakan operasi	a. 100% Dokter Sp.OG b. 100% Dokter Sp.A c. 100% Dokter Sp.An	a. 100% b. 100% c. 100%	a. 100% b. 100% c. 100%	a. 100% b. 100% c. 100%	a. 100% b. 100% c. 100%	a. 100% b. 100% c. 100%	a. 100% b. 100% c. 100%
5	Kemampuan menangani BAB 1500 gr - 2500 gr	100%	100%	98%	99%	100%	100%	100%
6	Pertolongan pertama malah akutis cecaria	≤ 20%	27,70%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
7	Keluarga Berencana	a. Presentase KB (vaksinasi & tuberkulosis yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Og. dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. utama terlatih)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN		
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018
		b. Presensi pasien KB tertunda yang mendapat koneksing KB manap tidak terbatas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Intensive Care Unit (ICU)	8 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	90,80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		1 Rate rate pasien yang lebih baik ke perawatan intensif dengan klasifikasi yang berada < 72 jam	≤ 9 %	0,015 %	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%
		2 Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis seusai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahlir (CU / seara ID4)	100%	100%	100%	100%	100%
7	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thomas foto	≤ 3 jam	2,75 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam
		2 Perekaman catatan	Dokter Sp. Radi	98,50 %	100%	100%	100%	100%
		3 Kegiatan kegiatan pelayanan Rontgen	Kemudahan foto ≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	84,45 %	80%	80%	80%	80%
8	Lab Patolog Klinik	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit - Kunia demi & darah rutin	135,56 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit
		2 Petugas ekspresos	100% Dokter Sp. PK	75%	100%	100%	100%	100%
		3 Tidak adanya kesalahan pembentuk hasil pemeriksaan	100%	99,98%	100%	100%	100%	100%
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	68,49%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
9	Rehabilitasi Medis	1 Kegiatan Prop Cut pasien imbas dip pelayanan Rehabilitasi medis	≥ 50 %	0,50 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
		2 Tidak adanya kejadian kecelakaan hindakan rehabilitasi medis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	90,48 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
10	Parmed	1 Waktu tunggu pelayanan	a. Obat lidi b. Razekan	a. 18,72 menit b. 38,715 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit			
		2 Tidak adanya Kehilangan keselahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	88,30 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

AYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN		
					TARGET 2016 100%	TARGET 2017 100%	TARGET 2018 100%
	6.	Persentase pasien KB maut yang mendapat konseeling KB manapun bulan terakhir	100%	100%			
	8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	90,80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
Unit	1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kriteria yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0,015 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %
	2	Pemberian pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimum D3 dengan minimal Perawat malam ICU / medis (D4)	100%	100%	100%	100%
	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thalas. Iota	≤ 3 jam	2,75 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam
	2	Pelayanan akupunktur	Dokter Sp. Kasi	98,50 %	100%	100%	100%
	3	Kedudikan kesadaran pelayanan Rontgen	Kedudukan fokus ≥ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %
	4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	84,35 %	80%	80%	80%
Sp. Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit - Klinik darah & darah putih	135,56 menit	120 menit	120 menit	120 menit
	2	Pelayanan elektroda	100% Dokter Sp.PK	75%	100%	100%	100%
	3	Tidak adanya kesalahan pembenaran hasil pemeriksaan labortorium	100%	99,98%	100%	100%	100%
	4	Kepuasan pengguna	≥ 80 %	88,49%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
Medik	1	Kehadiran Drop Out patient terhadap pelayanan Rehabilitasi	≤ 50 %	0,50 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
	2	Tidak adanya kesalahan kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	90,48 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
	1	Waktu tunggu pelayanan	a. Obat Jadi b. Recktan	a. ≤ 18,72 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
	2	Tidak adanya kejadian kesalahan perberikan obat	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Kepuasan pengguna	≥ 80 %	88,30 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019
11	Gizi	4	Penuhanan rasa dan nutrisi	100%	100%	99%	100%	100%	100%
		1	Ketersediaan waktu dan makanan kepada pelajar	≥ 90 %	99,65%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		2	Sisa makanan yang tidak terkonsumsi oleh peserta	≤ 20 %	12,93%	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
		3	Risiko adanya kejadian kesalahan pemeriksaan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Transfund Darah	1	Kebutuhan darah bagi sebagian pelayanan transfus	100 % terpenuhi	91,79%	97%	98%	99%	100%
		2	Kehadiran Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,01%	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %
13	Pelayanan DAKIN	1	Pelayanan untuk pasien DAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Kelengkapan pengeluaran rekening medis 24 jam setelah selesai pelayanan yang jelas	100%	91,30%	97%	98%	99%	100%
14	Reklam Medik	1	Keterjangkauan Informasi Cerdas segerah mendapatkan informasi yang jelas	100%	84,65 %	92%	94%	96%	98%
		2	Waktu pelayaan dokumen reklam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	37,22 menit	25 menit	23 menit	20 menit	15 menit
		3	Waktu pelayaan dokumen reklam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	13,89 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit
15	Pengelolaan Limbah	1	Bakar limbah carbu	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		2	Pengelolaan limbah plastik infeksius rumah dengan aturan	100%	76%	80%	85%	90%	95%

AYAHAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019
	4	Penuhnyaan resep rebusi formulirum	100%	100%	99%	100%	100%	100%
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≤ 90 %	99,65%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
	2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	12,93%	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
	3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian transisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Barah	1	Kebutuhan rachat bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	91,79%	97%	98%	100%	100%
	2	Kepuasan Reseksi Trafnisi	≤ 0,01 %	0,01%	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %
GAKIN	1	Pelayanan verifikasi pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%
	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam selesai pelajaran	100%	91,30%	97%	98%	99%	100%
	2	Kelengkapan informasi Consent sebelum mendapatkan informasi yang relevan	100%	84,65 %	92%	94%	96%	100%
	3	Waktu penyelesaian dokumentasi rekapitulasi pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	37,22 menit	25 menit	23 menit	15 menit	10 menit
	4	Waktu penyelesaian dokumentasi rekapitulasi pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	13,89 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit
II Limbah	1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD 9,45 mg/l b. COD 23,1 mg/l c. TSS 3,1 mg/l d. PH 7,2	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	100%
	2	Pengolahan limbah pasien infekius sampai dengan akutan	100%	76%	85%	90%	95%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019
16	Administrasi dan manajemen	1	Titulik khusus perwakilan hasil pertemuan direktif	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Kelengkapan laporan akurabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Kesepuluh waktu penggunaan keretaan penganggar	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Ketepatan waktu pengaturan jadwal berlaku	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5	Kenyamanan yang mendukung pemeliharaan perlakuan pialamal 20 jam sejaknya	≥ 60 %	72,2 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
		6	Cost recovery	2 - 40 %	49,680%	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %
		7	Kesepuluh waktu penyampaian laporan kewangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Ketepatan waktu pemberitahun untuk masalah tentang laju/tarif gaji dan rincian biaya	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		9	Ketepatan waktu percobaan [imbauan [injeksi] servis] kerapatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	Ambulance / kereta jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2	Kecerdasan manajer dalam pelayanan ambulans / kereta jenazah di rumah waktu	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	0,24285 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		4	Waktu sanggap [response time] pelayanan permintaan jenazah	≤ 2 jam	28,77 min	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
18	Penulisan	1	Waktu sanggap [response time] pelayanan permintaan jenazah	≤ 2 jam	28,77 min	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam

AYARAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			
					TARGET 2016 100%	TARGET 2017 100%	TARGET 2018 100%	TARGET 2019 100%
1	1	Tidak lanjut per-treatment hasil pencatuan direktai	100%	100%				
2	2	Kelengkapan laporan akurabilitas kinerja penggunaan keruangan pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	3	Ketepatan waktu penggunaan keruangan pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	4	Ketepatan waktu penggunaan gaji berdasarkan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	5	Kenyamanan yang mendapat pelayanan dalam waktu 20 juta setahun	≥ 60%	72,2%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
6	6	Cost Recovery	≥ 40%	99,680%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%
7	7	Ketepatan waktu penyampaian laporan kesabtuan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	8	Ketepatan waktu pembelian infar mesenterik usia an patient rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
9	9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (infar) mesenterik	100%	100%	100%	100%	100%	100%
/ kereta ush	1	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
	2	Recepcyon memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	13,55 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit
	3	Response time pelayanan ambulance oleh respondeur yang membutuhkan	≤ 2 jam	0,24285 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
	4	Waktu tanggap (response) dan pelayanan pemuliharaan jml pas	≤ 2 jam	28,77 minit	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN				TARGET 2020
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1	Ketepatan waktu menanggapai kerusakan alat	≥ 80 %	79%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		2	Ketepatan waktu pencuciannya alat	100%	72,50%	60%	85%	90%	95%	100%
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terbaik/baik tetapi waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%
20	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kerjadian linen yang hilang	100%	99%	98%	99%	100%	100%	100%
		2	Ketepatan waktu penyedikan linen untuk ruang rawat inap	100%	98,89 %	98%	99%	100%	100%	100%
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	75% Anggota Tim PPI yang terlatih	100%	98%	99%	100%	100%	100%
		2	Tersedia APD di setiap instansi/ departemen	≥ 60%	70%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	78%	80%	80%	80%	80%	80%

RUPATTI PURWOREJO.

Ttd.

AGUS BASTIAN

AYAHAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN			
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019
Diketahui waktu dalam waktu	1	Keterpenuaan waktu pemeriksaan konsultasi waktu	≥ 80%	79%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
	2	Keterpenuaan waktu konsultasi bersama ahli	100%	72,50%	80%	85%	90%	95%
	3	Pertulisan labaratorium dium alat ukur yang disesuaikan dalam pelayanan terhadap pasien terpantau sesuai dengan ketentuan klinisasi	100%	96%	100%	100%	100%	100%
Jumlah	1	Tidak adanya kesalahan klinis yang hilang	100%	99%	98%	99%	100%	100%
	2	Keterpenuaan waktu pelayanan bantuan untuk masing rawat inap	100%	98,89 %	98%	99%	100%	100%
	3	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih Terlatih APD di setiap instansi/ departemen	75%, Anggota Tim PPI yang terlatih ≥ 60%	100%	98%	99%	100%	100%
	1		70%	70%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
	2		75%	78%	80%	80%	80%	80%
	3	Kegiatan pencegahan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parametro)						

RUPATI FIRWOROJO,

Ttd.

AGUS HASTIAN