



**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 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 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. TJITROWARDOJO 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:
- a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja;
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

BAB VI

PENGAWASAN

Pasal 7

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

Pasal 8

- (1) Bupati melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan BLUD RSUD Dr. Tjitrowardojo sesuai SPM yang ditetapkan.
- (2) 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**

... SESUAI DENGAN ASLINYA
... LA BAGIAN HUKUM



SRI SETYOWATI, SH. MM.
Pembina Tingkat I
NIP. 19650529 199003 2 007

LAMPIRAN
 PERATURAN BUPATI PURWOREJO
 NOMOR **26 TAHUN 2016**
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 Dr. TJITROWARDJO PURWOREJO

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

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN				
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020
1	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving 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	Pembeli pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang sudah berlaku (BLS/ PROCD/ QELS/ ALS)	100%	62%	85%	90%	95%	100%	100%
		4	Keterediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	satu tim	satu tim	satu tim	satu tim	satu tim	satu tim
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	5,5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
		6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	69,74 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		7	Kemampuan pasien < 24 Jam	≥ 2 % [jurdah ke pelayanan rawat inap setelah 6 jam]	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rawat jalan	1	Dokter pembert Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Ketersediaan 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	a. Klinik Anak b. Klinik Peny. dan c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN				
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020
3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00	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	≤ 60 menit	80 menit	100 menit	90 menit	80 menit	70 menit	70 menit
5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	87,44 %	90%	90%	90%	90%	90%
6	Pergerakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	≥ 60 %	78%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. 100% dokter apesualia b. Perawat minimal pendidikan D3 100%	a. 100% dokter apesualia b. Perawat minimal pendidikan D3 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100% 08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja ≤ 1.5 %	100% 08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja ≤ 1.5 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Perawat Dalam c. Kebidanan d. Bedah
4	Jam Visite Dokter Spesialis	100% 08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja ≤ 1.5 %	100% 08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja ≤ 1.5 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Kegiatan infeksi pasca operasi	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	0,1402%	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %
6	Kesediaan Infotel Nonsikomial	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	0,886%	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %	≤ 1.5 %
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Kemauan pasien > 48 jam	≤ 0.24 %	≤ 0.24 %	1,7368%	≤ 1,4 %	≤ 1,2%	≤ 1,0%	≤ 0,8 %	≤ 0,8 %
9	Sejadian pulang pulas	≤ 5 %	≤ 5 %	3,6500%	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
10	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	89,95%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
11	Rawat Inap TB: Pergerakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	≥ 60 %	76,1227 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %

AYAHAN NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN					TARGET 2020
				TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020	
3	Jam 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	Pengisian diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	78%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. 100% dokter spesialis b. Prawat minimal pendidikan D3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Ketermediasi Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	
4	Jam Visite Dokter Spesialis	100% 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,1402%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0,886%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat laceration / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
8	Kemudian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	1,7368%	≤ 1,6 %	≤ 1,4 %	≤ 1,2%	≤ 1,0%	≤ 0,8 %	
9	Kejadian pulang pasien	≤ 5 %	3,6560%	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	
10	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	89,95%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	
11	Rawat Inap TB: Pengisian diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	76,1227 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN					TARGET 2020		
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020			
6	Internal Care Unit (ICU)	b. Pemastetis pasien KB meniap yang mendapat koneksi KB manasap bidan terlatih	100%	100%								
		B. Kepuasan Pelanggan		90,80 %								
		1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≥ 80 % ≤ 3 %	0.015 %								
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anerata dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat miltar ICU / setara (D4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	2,75 jam								
		2. Pelaksana ekspirasi	Dokter Sp.Rad	98,50 %								
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	≤ 2 %								
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	84,45 %								
8	Lab Patolog Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit - Kurus darah & darah rutin	135,56 menit								
		2. Pelaksana ekspirasi	100% Dokter Sp.PK	75%								
		3. Tidak adanya kesalahan pemeriksaan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	99,98%								
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	68,49%								
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi	≤ 50 %	0,50 %								
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%								
10	Farmasi	3. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	90,48 %								
		1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. 18,72 menit b. 35,715 menit								
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%								
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	88,30 %								

AYAHAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN					
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020	
		b. Presentase penerima KB mantap yang merdayat konseling KB mantap bidang terdahul	100%	100%						
r Unit	8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 % ≤ 3 %	90,80 % 0,015 %	≥ 80 % ≤ 3 %	≥ 80 % ≤ 3 %	≥ 80 % ≤ 3 %	≥ 80 % ≤ 3 %	≥ 80 % ≤ 3 %	
	1	Rate rate pasien yang kembali ke perawatan Intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam								
	2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 %, Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / selama (D4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
g Klinik	1	Waktu tunggu baru	≤ 3 jam	2,75 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	
	2	Pelaksanaan ekiperiasi	Dokter Sp. Rad	98,50 %	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	
	4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	84,33 %	80%	80%	80%	80%	80%	
d Medik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit - Kimia darah & darah tumpul	135,50 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	
	2	Pelaksanaan ekiperiasi	100% Dokter Sp.PK	75%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Tidak adanya keluhan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	99,98%	100%	100%	100%	100%	100%	
e Medik	1	Kepuasan pelanggan	≥ 80 % ≤ 50 %	88,49% 0,50 %	≥ 80 % ≤ 5 %	≥ 80 % ≤ 5 %	≥ 80 % ≤ 5 %	≥ 80 % ≤ 5 %	≥ 80 % ≤ 5 %	
	2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	90,48 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	
	1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jedd b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. 18,72 menit b. 38,715 menit	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	a. ≤ 30 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 pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	88,30 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN				
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020
11	Gizi	4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%
		1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		2	Sisa makanan yang tidak terkonsumsi oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
12	Transfusi Darah	3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	97%	98%	99%	100%	100%	
		2	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	
13	Pelayanan GANIN	1	Pelayanan terhadap pasien OAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	97%	98%	99%	100%	100%	
14	Rekam Medik	2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	92%	94%	96%	98%	98%	100%
		3	Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	25 menit	23 menit	20 menit	15 menit	10 menit	
		4	Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
		1	Buku mutu limbah cair	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	
15	Pengelolaan Limbah	2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	80%	85%	90%	95%	100%	

AYAPAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN				
					TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020
	4	Fertilitas resep sesuai formulir	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%
	1	Ketepatan waktu pemberian pelayanan 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 %	≤ 20 %
	3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Barah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	91,79%	98%	99%	100%	100%	100%
	2	Kejadian Resak transfusi	≤ 0,01 %	0,01%	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %
GLAKH	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah onset pelayanan	100%	91,30%	97%	98%	99%	100%	100%
	2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	84,85 %	92%	94%	96%	98%	100%
	3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	37,22 menit	25 menit	23 menit	20 menit	15 menit	10 menit
	4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	13,89 menit	15 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 3,5 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	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 padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	76%	80%	85%	90%	95%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	NO	INDIKATOR	STANDAR	MENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN				
						TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020
16	Administrasi dari masojetam	1	Tidak lanjut pelayanan hasil pemeriksaan direkad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
		6	Cost recovery	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8	Ketepatan waktu pembelian infrastruktur terbang lagi an paelen rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	
		9	Ketepatan waktu pembelian (material keperluan 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	Kecepatan mobilisasi pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30menit	≤ 30menit		
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam		
18	Pelayanan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pelayanan jenazah	≤ 2 Jam	28,77 min	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	

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

RUPATI PURWOREJO

Ttd.

AGUS BASTIAN

AYAMAN NO	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN TH 2015	TARGET PER TAHUN				
				TARGET 2016	TARGET 2017	TARGET 2018	TARGET 2019	TARGET 2020
1 dan 2	1. Ketersediaan waktu penanganan/gigitan kerusakan alat	≥ 80 %	79%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
	2. Ketersediaan waktu pemeliharaan alat	100%	73,50%	80%	85%	90%	95%	100%
	3. Penilaian laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terakreditasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan Akreditasi	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%
3 dan 4	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	99%	98%	99%	100%	100%	100%
	2. Ketersediaan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	98,89 %	98%	99%	100%	100%	100%
1 dan 2	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	75%, Anggota Tim PPI yang terlatih ≥ 60%	100%	98%	99%	100%	100%	100%
	2. Tersedia APD di setiap ruangan/ departemen	≥ 60%	70%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
	3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan insidial nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	78%	80%	80%	80%	80%	80%

RUPATI PURWOREJO.

Ttd.

AGUS BASTIAN