



BERITA DAERAH KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2014 NOMOR 16

PERATURAN BUPATI MAGELANG
NOMOR 16 TAHUN 2014

TENTANG

RENCANA PENERAPAN DAN PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MAGELANG,

- Menimbang : a. bahwa penanganan bidang kesehatan sebagai bagian dari pelayanan dasar merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah maka dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat, khususnya pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah perlu mengatur standar pelayanan minimal yang dapat dijadikan pedoman dan acuan bagi pelaksanaan tugas dan peningkatan kinerja;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah, Bupati menetapkan standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah dengan Peraturan Bupati;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Rencana Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit pada Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah–Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5048);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor);
7. 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);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);

9. Peraturan Daerah Kabupaten Magelang Nomor 21 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintah Yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten Magelang (Lembaran Daerah Kabupaten Magelang Tahun 2008 Nomor 21);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Tentang Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
11. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 25 tahun 2004 tentang Indeks Kepuasan Masyarakat;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/ PER/III/2008 tentang Rekam Medik;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA PENERAPAN DAN PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Magelang.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Bupati adalah Bupati Magelang.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang yang selanjutnya disingkat RSUD Muntilan adalah Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang milik Pemerintah Kabupaten Magelang.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Muntilan.

6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
7. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan yang selanjutnya disingkat SPM RSUD Muntilan merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan.
8. Mutu pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standard kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
10. Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan pemerintahan.
11. Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM, berupa masukan, proses, keluaran, hasil dan/atau manfaat pelayanan dasar.

BAB II JENIS PELAYANAN RSUD MUNTILAN

Pasal 2

Jenis pelayanan minimal yang wajib disediakan oleh RSUD Muntilan meliputi:

- a. Pelayanan Gawat Darurat;
- b. Pelayanan Rawat Jalan;
- c. Pelayanan Rawat Inap;
- d. Pelayanan Bedah;
- e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
- f. Pelayanan Intensif;
- g. Pelayanan Radiologi;
- h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;

- j. Pelayanan Farmasi;
- k. Pelayanan Gizi;
- l. Pelayanan Transfusi Darah;
- m. Pelayanan Keluarga Miskin;
- n. Pelayanan Rekam Medik;
- o. Pengelolaan Limbah;
- p. Pelayanan Administrasi Manajemen;
- q. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah;
- r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
- s. Pelayanan Laundry;
- t. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
- u. Pencegah Pengendalian Infeksi.

BAB III RENCANA PENERAPAN DAN PENCAPAIAN SPM

Pasal 3

- (1) Rencana penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan memuat indikator dan target tahunan pencapaian SPM RSUD Muntilan dengan mengacu pada standar pencapaian SPM RSUD Muntilan.
- (2) Rencana penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan sebagaimana tercantum pada lampiran Peraturan Bupati ini.
- (3) Rencana penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan ke dalam Rencana Strategis RSUD Muntilan.
- (4) Target tahunan rencana penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan ke dalam Rencana Kerja Tahunan RSUD Muntilan.

Pasal 4

Rencana penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (3) dan ayat (4) dilakukan berdasarkan kemampuan dan potensi RSUD Muntilan.

Pasal 5

- (1) Direktur menyampaikan laporan penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan kepada Bupati.
- (2) Penyampaian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB IV
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan atas penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan.

Pasal 7

Pembinaan teknis dalam rangka penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan dilakukan oleh Sekretaris Daerah Kabupaten Magelang.

Pasal 8

Pengawasan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM RSUD Muntilan dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten Magelang.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kota Mungkid
pada tanggal 20 Mei 2014

BUPATI MAGELANG,

ttd

ZAENAL ARIFIN

Diundangkan dalam Berita Daerah Kabupaten Magelang
Tahun 2014 Nomor 16
pada tanggal 20 Mei 2014

Plt. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MAGELANG
ASISTEN EKONOMI, PEMBANGUNAN DAN
KESEJAHTERAAN RAKYAT,

ttd

AGUNG TRIJAYA

LAMPIRAN
 PERATURAN BUPATI MAGELANG
 NOMOR 16 TAHUN 2014
 TENTANG
 RENCANA PENERAPAN DAN PENCAPAIAN
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
 SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
 KABUPATEN MAGELANG

RENCANA PENERAPAN DAN PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG

No	Indikator	Data Awal			Target Pencapaian Standar						Standar Dep.Kes
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
A. PELAYANAN GAWAT DARURAT											
1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	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	24 jam
3.	Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)	75%	75%	75%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
5.	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	3,5 menit	3,5 menit	4 menit	3 menit	3 menit	3 menit	3 menit	3 menit	3 menit	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
6.	Kepuasan pelanggan	75%	76,29%	79,38%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	≥ 70%
7.	Kematian pasien ≤ 24 jam	5‰	4‰	7‰	3‰	2‰	2‰	2‰	2‰	2‰	≤ 2‰ (pindah ke Rawat Inap setelah 8 jam)
8.	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B. PELAYANAN RAWAT JALAN											
1.	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100% dokter spesialis
2.	Ketersediaan pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	a. Klinik anak b. Klinik P.dalam c. Klinik Kebidanan

3.	Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	d. Klinik Bedah Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00
4.	Waktu tunggu di rawat jalan	85 menit	80 menit	75 menit	70 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	≤ 60 menit
5.	Kepuasan pelanggan	74,3%	76,54%	79,33%	85%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	≥ 90%
6.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	87%	87%	88%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	≥ 60%
7.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	≥ 60%
C. PELAYANAN RAWAT INAP												
1.	Pemberi pelayanan rawat inap: a. Dr. Spesialis b. Perawat Minimal D3/S1	100% 95%	100% 98%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	Dokter Spesialis Perawat Minimal pendidikan D3
2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah
4.	Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
5.	Kejadian infeksi pasca operasi	2,3%	2,2%	1,8%	1,7%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	≤ 1,5%
6.	Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	2,9%	2,5%	1,9%	1,7%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	≤ 1,5%
7.	Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Kematian pasien > 48 jam	0,19%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	≤ 0,24%
9.	Kejadian pulang paksa	4,4%	4,1%	3,87%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	≤ 5%
10.	Kepuasan pelanggan	70%	79,17	70	85	90%	90%	90%	90%	90%	90%	≥ 90%
11.	Rawat inap TB : a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	≥ 60% ≥ 60%
D. PELAYANAN BEDAH												
1.	Waktu tunggu operasi elektif	2,03 hari	1,96 hari	1,67 hari	1,6 hari	1,6 hari	1,6 hari	1,6 hari	1,6 hari	1,6 hari	1,6 hari	≤ 2 hari
2.	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	≤ 1%
3.	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi											
7.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	≤ 6%
E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI												
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan: a. Perdarahan b. Pre-eklamsi/Eklamsi c. Sepsis	3,00% 1,52% 0,09%	1,49% 0 0	0 0,90% 0	1% 10% 0,2%	1% 10% 0,2%	1% 10% 0,2%	1% 10% 0,2%	1% 10% 0,2%	1% 10% 0,2%	1% 10% 0,2%	≤1% ≤ 30% ≤ 0,2%
2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	a.Dokter Sp.OG. b.Dokter Umum Terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tim PONEK yang terlatih
4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A, Dr. Sp. A)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	a. Dokter SP.OG. b.Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An.
6	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	25%	25%	25%	24%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	≤ 20%
8	Keluarga Berencana: a. Prosentase KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih b. Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%
9	Kepuasan pelanggan	75%	83,86%	80,10%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	≥ 80 %
F. PELAYANAN INTENSIF												
1.	Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	≤ 3%
2.	Pemberi pelayanan unit intensif: a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus yang ditangani b. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	100% 50%	100% 30%	100% 30%	100% 50%	100% 75%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus yang ditangani 100% perawat min D3 dg sertifikat perawat mahir ICU / setara D4
G. PELAYANAN RADIOLOGI												
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	61 menit	49 menit	47 menit	47 menit	47 menit	47 menit	47 menit	47 menit	47 menit	47 menit	≤3 jam
2.	Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Dokter Sp.Rad
3.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2,5%	2,3%	2,2%	2,1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	Kerusakan foto ≤ 2%

4.	Kepuasan pelanggan	87%	76,52%	78,44%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	≥80%
H. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK											
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	102 menit	102 menit	101 menit	100 menit	100 menit	100 menit	100 menit	100 menit	100 menit	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin
2.	Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Dokter Sp.PK
3.	Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kepuasan pelanggan	72%	75,53%	74,55%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	≥80%
I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK											
1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	30%	26%	30%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	≤50%
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Kepuasan pelanggan	90%	77,28%	78,55%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	≥ 80%
J. PELAYANAN FARMASI :											
1.	Waktu tunggu pelayanan:										
	a. Obat jadi	15,52 menit	16,40 menit	16 menit	16 menit	16 menit	16 menit	16 menit	16 menit	16 menit	≤ 30 menit
	b. Obat Racikan	28,50 menit	29,93 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	≤ 60 menit
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	98%	98%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Penulisan resep sesuai formularium	97%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kepuasan pelanggan	75%	76,10 %	74,50%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	≥ 80%
K. PELAYANAN GIZI											
1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	≥ 90%
2.	Sisa makanan yg tidak termakan oleh pasien	20%	20%	19%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	≤ 20%
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH											
1.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	60%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100% terpenuhi
2.	Kejadian reaksi transfusi	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	≤ 0,01%
M. PELAYANAN KELUARGA MISKIN											
1.	Pelayanan terhadap pasien Gakin yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100% terlayani
N. PELAYANAN REKAM MEDIS											
1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	70%	80%	85%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2.	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yg jelas	80%	80%	85%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	74 menit	7,4 menit	7,4 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	≤10 menit
4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7,8 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	7 menit	≤15 menit
O. PENGELOLAAN LIMBAH											
1.	Baku mutu limbah cair:										
	a. BOD	3,87 mg/l	51 mg/l	19,9 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	< 30 mg/l
	b. COD	26 mg/l	162 mg/l	51 mg/l	75 mg/l	75 mg/l	75 mg/l	75 mg/l	75 mg/l	75 mg/l	< 80 mg/l
	c. TSS	<25 mg/l	23 mg/l	1 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	25 mg/l	< 30 mg/l
	d. PH	7,5	8,2	7,5	6-9	6-9	6-9	6-9	6-9	6-9	6-9
2.	Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN											
1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	50 %	53%	55%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	≥ 60%
6.	Cost recovery	40%	750%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	≥ 40%
7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	≤ 2 jam
9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Q. PELAYANAN AMBULANS/KERETA JENAZAH											
1.	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit	27 menit	27 menit	27 menit	27 menit	25 menit	25 menit	25 menit	25 menit	≤ 30 menit
3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	77 menit	75 menit	40 menit	35 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	≤60 menit
R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH											
1.	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	≤ 2 jam
S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT											
1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	≤ 80%
2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai	86%	87%	88%	89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	ketentuan yg berlaku										
3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
T. PELAYANAN LAUNDRY											
1.	Tidak adanya kejadian linen yg hilang	92%	92,5%	93%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	90%	90%	95%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
U. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)											
1.	Anggota Tim PPI yg terlatih	20%	20%	27%	50%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
2.	Tersedia APD di setiap instalasi	40%	50%	50%	55%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	40%	40%	45%	50%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
Jumlah Indikator : 92											

BUPATI MAGELANG,

ttd

ZAENAL ARIFIN