



**BUPATI TRENGGALEK
PROVINSI JAWA TIMUR**

**PERATURAN BUPATI TRENGGALEK
NOMOR 37 TAHUN 2017**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO KABUPATEN TRENGGALEK**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI TRENGGALEK,**

Menimbang: bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan pasal 55 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan

Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
5. 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Daerah Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor

8. 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. SOEDOMO KABUPATEN TRENGGALEK.

BAB 1

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Trenggalek sebagai kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Trenggalek.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
5. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek yang selanjutnya disebut BLUD RSUD adalah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya di singkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan

minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat pengguna jasa layanan yang meliputi penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan.

7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
8. Unit Pelayanan adalah unit layanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
9. Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yang harus diberikan secepatnya untuk mengurangi resiko kematian atau cacat tanpa memperhitungkan jumlah kunjungan dan pelayanan yang diberikan kepada peserta atau anggota keluarganya.
10. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum untuk keperluan observasi, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
11. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum untuk keperluan observasi, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, perawatan dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dimana peserta dan/atau keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman pelaksanaan SPM pada BLUD RSUD.
- (2) Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan RSUD dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing Unit Pelayanan; dan

- b. memberikan kepastian hukum bagi BLUD RSUD dalam memberikan pelayanan.

BAB III

RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini meliputi:

- a. Jenis Pelayanan; dan
- b. indikator dan standar pelayanan.

BAB IV

JENIS PELAYANAN

Pasal 4

Jenis Pelayanan BLUD RSUD yang disediakan meliputi:

- c. Pelayanan Gawat Darurat;
- d. Pelayanan Rawat Jalan;
- e. Pelayanan Rawat Inap;
- f. pelayanan bedah;
- g. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- h. pelayanan perawatan intensif;
- i. pelayanan radiologi;
- j. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- k. pelayanan rehabilitasi medik;
- l. pelayanan farmasi;
- m. pelayanan gizi;
- n. pelayanan bank darah;
- o. pelayanan keluarga miskin;
- p. pelayanan rekam medis;
- q. pengelolaan limbah;
- r. pelayanan administrasi dan manajemen;
- s. pelayanan ambulans / kereta jenazah;
- t. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- u. pelayanan laundry;
- v. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan

w. pencegahan dan pengendalian infeksi.

BAB V
INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN

Pasal 5

- (1) Setiap Jenis Pelayanan mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Trenggalek.

Ditetapkan di Trenggalek
pada tanggal 13 April 2017

BUPATI TRENGGALEK,
TTD
EMIL ELESTIANTO

Diundangkan di Trenggalek
pada tanggal 13 April 2017

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN TRENGGALEK,
TTD

ALI MUSTOFA
BERITA DAERAH KABUPATEN TRENGGALEK TAHUN 2017 NOMOR 37

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM,


ANIK SUWARNI

Nip . 19650919 199602 2 001

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI TRENGGALEK
NOMOR 37 TAHUN 2017
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK

INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN

1. Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
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 kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD (masih berlaku)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4. Adanya 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	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
6. Kepuasan Pelanggan	≥70%	≥74%	≥75%	≥76%	≥77 %	≥78 %	≥79%

7. Kematian pasien ≤ 24 Jam	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%
8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. Pelayanan Rawat Jalan

[illegible]

		Klinik Gigi Dan Mulut Klinik THT Unit Fisioterapi Unit HD	Klinik Gigi Dan Mulut Klinik THT Unit Fisioterapi Unit HD	Klinik Gigi Dan Mulut Klinik THT Unit Fisioterapi Unit HD	Klinik Gigi Dan Mulut Klinik THT Unit Fisioterapi Unit HD Klinik Spesialis Gigi Klinik Sub Spesialis Klinik Bedah Syaraf	Klinik Gigi Dan Mulut Klinik THT Unit Fisioterapi Unit HD Klinik Spesialis Gigi Klinik Sub Spesialis Klinik Bedah Syaraf Klinik Urologi	Klinik Gigi Dan Mulut Klinik THT Unit Fisioterapi Unit HD Klinik Spesialis Gigi Klinik Sub Spesialis Klinik Bedah Syaraf Klinik Urologi
3. Ketersediaan Pelayanan Jiwa	Klinik Anak Remaja NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Usia Lanjut	Klinik Anak Remaja NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Usia Lanjut	Klinik Anak Remaja NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Usia Lanjut	Klinik Anak Remaja NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Usia Lanjut	Klinik Anak Remaja NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Usia Lanjut	Klinik Anak Remaja NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Usia Lanjut	Klinik Anak Remaja NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Usia Lanjut
4. Jam buka pelayanan a) Senin, Selasa, Rabu, Kamis b) Jum`at c) Sabtu	08.00-13.00 08.00-11.00 08.00-13.00	08.00-13.00 08.00 -11.00 08.00- 13.00	08.00-13.00 08.00 -11.00 08.00- 13.00	08.00-13.00 08.00 -11.00 08.00- 13.00	08.00-13.00 08.00 -11.00 08.00- 13.00	08.00-13.00 08.00 -11.00 08.00- 13.00	08.00-13.00 08.00 -11.00 08.00- 13.00
4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit

5. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
6. Pelayanan pasien TB							
a) Penegakan diagnosis TB dengan pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	≥ 60%	≥ 70%	≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%
b) Pencatatan dan pelaporan TB RS	≥ 60%	≥ 60%	≥ 70%	≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%

3. Pelayanan Rawat Inap

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. dr. Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	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	Ruang anak Ruang penyakit Dalam Ruang Kebidanan Ruang Bedah	Ruang anak Ruang penyakit Dalam Ruang Kebidanan Ruang Bedah Ruang Syaraf Ruang paru Ruang Jiwa Ruang ICU	Ruang anak Ruang penyakit Dalam Ruang Kebidanan Ruang Bedah Ruang Syaraf Ruang paru Ruang Jiwa Ruang ICU Ruang Jantung/ICCU	Ruang anak Ruang penyakit Dalam Ruang Kebidanan Ruang Bedah Ruang Syaraf Ruang paru Ruang Jiwa Ruang ICU Ruang Jantung/ICCU Ruang Mata	Ruang anak Ruang penyakit Dalam Ruang Kebidanan Ruang Bedah Ruang Syaraf Ruang paru Ruang Jiwa Ruang ICU Ruang Jantung/ICCU Ruang Mata Ruang THT	Ruang anak Ruang penyakit Dalam Ruang Kebidanan Ruang Bedah Ruang Syaraf Ruang paru Ruang Jiwa Ruang ICU Ruang Jantung/ICCU Ruang Mata Ruang THT	Ruang anak Ruang penyakit Dalam Ruang Kebidanan Ruang Bedah Ruang Syaraf Ruang paru Ruang Jiwa Ruang ICU Ruang Jantung/ICCU Ruang Mata Ruang THT
4. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%
6. Kejadian Infeksi Nosokomial	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%
7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecatatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8. Kematian pasien >48 jam	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%	≤0,24%
9. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%

10. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	≥ 90 %	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
11. Rawat Inap TB							
Penegakan diagnosis TB dengan pemeriksaan mikroskopis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12. Ketersediaan pelayanan rawat inap yang memberikan pelayanan jiwa	Napsa Gangguan Nerotik Gangguan mental organik Gangguan psikotik	Napsa Gangguan Nerotik Gangguan mental organik Gangguan psikotik	Napsa Gangguan Nerotik Gangguan mental organik Gangguan psikotik	Napsa Gangguan Nerotik Gangguan mental organik Gangguan psikotik	Napsa Gangguan Nerotik Gangguan mental organik Gangguan psikotik	Napsa Gangguan Nerotik Gangguan mental organik Gangguan psikotik	Napsa Gangguan Nerotik Gangguan mental organik Gangguan psikotik

4. Pelayanan Sentral (Bedah Saja)

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari
2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%
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 kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%

5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan b. Pre-eklampsia c. Sepsis	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2 %	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2%	≤ 1% ≤ 30% ≤ 0,2%
2. Pemberi pelayanan persalinan normal a. dokter Sp.OG b. dokter umum (Asuhan Persalinan Normal) c. bidan terlatih	100% 100% 100%	100% 100% 100%	100% 100% 100%	100% 100% 100%	100% 100% 100%	100% 100% 100%	100% 100% 100%
3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (oleh tim PONEK yang terlatih)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh : a. dokter Sp.OG	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

b. dokter Sp,An	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
c. dokter Sp.A	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6. Pertolongan persalinan dengan seksio sesaria	≤20 %	≤50%	≤45%	≤40%	≤35%	≤30%	≤20%
7. Keluarga Berencana							
a) Prosentase KB Mantap (MOV & MOP yang ditangani oleh tenaga kompeten	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
b) Prosentase peserta KB Mantap yang mendapat konseling oleh bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8. Kepuasan Pelanggan	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%

6. Pelayanan Perawatan Intensif

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%
2. Pelayanan Unit intensif oleh:							
a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
b. Pelaksana Pelayanan Keperawatan Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

7. Pelayanan Radiologi

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam
2. Pelaksana ekspertisi oleh dokter Sp. Rad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen Kerusakan Foto)	≤2%	≤2%	≤2%	≤2%	≤2%	≤2%	≤2%
4. Kepuasan pelanggan	≥80%	≥80%	80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%

8. Pelayanan Lab. Patologi Klinik

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. (kimia darah & darah rutin)	≤ 140 menit	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit
2. Pelaksana ekspertisi oleh dokter Sp. PK	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%

9 . Pelayanan Rehabilitasi Medik

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 50%
2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	75%	80%	90%	95%	100%	100%
3. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	78 %	80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %

10. Pelayanan Farmasi

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Waktu tunggu pelayanan							
a. Obat Jadi	≤ 30 menit	≤60 menit	≤45 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit
b. Obat Racikan	≤ 60 menit	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit
2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %
3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
4. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

13. Pelayanan GAKIN

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%

14. Pelayanan Rekam Medik

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1x24 jam	1x24 jam	1x24 jam	1x24 jam	1x24 jam	1x24 jam	1x24 jam
2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit
4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit

15. Pengelolaan Limbah

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Baku mutu limbah cair a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

16. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%
6. Cost Recovery	≥40	≥40	≥40	≥40	≥40	≥40	≥40

18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

20. Pelayanan Laundry

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

21. Pelayanan Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Ada pengurus komite PPI (SK Direktur RS ttg struktur Org PPI)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%
3. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi / departemen	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%
4. Kegiatan surveilans infeksi nosokomia / HAI (<i>Health care associated infection</i>) di RS (min 1 parameter)	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



ANIK SUWARNI

Nip . 19650919 199602 2 001

BUPATI TRENGGALEK,
TTD
EMIL ELESTIANTO