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 *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. 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

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	**100 %**	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Ketersediaan Pelayanan	▪ **Klinik Anak** ▪ **Klinik Penyakit Dalam** ▪ **Klinik Kebidanan** ▪ **Klinik Bedah**	Klinik Anak Klinik Penyakit Dalam Klinik Kebidanan Klinik Bedah Klinik Mata Klinik Paru Klinik Syaraf Klinik Jantung Klinik Orthopaedi Klinik Kulit Kelamin	Klinik Anak Klinik Penyakit Dalam Klinik Kebidanan Klinik Bedah Klinik Mata Klinik Paru Klinik Syaraf Klinik Jantung Klinik Orthopaedi Klinik Kulit Kelamin	Klinik Anak Klinik Penyakit Dalam Klinik Kebidanan Klinik Bedah Klinik Mata Klinik Paru Klinik Syaraf Klinik Jantung Klinik Orthopaedi Klinik Kulit Kelamin	Klinik Anak Klinik Penyakit Dalam Klinik Kebidanan Klinik Bedah Klinik Mata Klinik Paru Klinik Syaraf Klinik Jantung Klinik Orthopaedi Klinik Kulit Kelamin	Klinik Anak Klinik Penyakit Dalam Klinik Kebidanan Klinik Bedah Klinik Mata Klinik Paru Klinik Syaraf Klinik Jantung Klinik Orthopaedi Klinik Kulit Kelamin	Klinik Anak Klinik Penyakit Dalam Klinik Kebidanan Klinik Bedah Klinik Mata Klinik Paru Klinik Syaraf Klinik Jantung Klinik Orthopaedi Klinik Kulit Kelamin

		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. Ketersedian 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 b) Pencatatan dan pelaporan TB RS	**≥ 60%** **≥ 60%**	≥ 60% ≥ 60%	≥ 70% ≥ 70%	≥ 75% ≥ 75%	≥ 80% ≥ 80%	≥ 85% ≥ 85%	≥ 90% ≥ 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** **b. Perawat Minimal pendidikan D3**	100% 100%	100% 100%	100% 100%	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. Ketersedianan pelayanan rawat inap yang menberikan pelayanan jiwa	**Napsa**	Napsa	Napsa	Napsa	Napsa	Napsa	Napsa
	Gangguan Nerotik	Gangguan Nerotik	Gangguan Nerotik	Gangguan Nerotik	Gangguan Nerotik	Gangguan Nerotik	Gangguan Nerotik
	Gangguan mental organik	Gangguan mental organik	Gangguan mental organik	Gangguan mental organik	Gangguan mental organik	Gangguan mental organik	Gangguan mental organik
	Gangguan psikotik	Gangguan psikotik	Gangguan psikotik	Gangguan psikotik	Gangguan psikotik	Gangguan psikotik	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 c. dokter Sp.A	**100%** **100%**	100% 100%	100% 100%	100% 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 b) Prosentase peserta KB Mantap yang mendapat konseling oleh bidan	**100%** **100%**	100% 100%	100% 100%	100% 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. b. Pelaksana Pelayanan Keperawatan Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	 **100%** **100%**	 100% 100%	 100% 100%	 100% 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%

11. Pelayanan Gizi

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	**≥90%**	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	**≤20%**	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%
3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	**100%**	100%	100%	100%	100%	100%	100%

12. Pelayanan Transfusi Darah

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	**100%**	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Kejadian Reaksi transfusi	**≤0,01%**	**≤0,01%**	**≤0,01%**	≤0,01%	≤0,01%	≤0,01%	≤0,01%

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 Concent 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

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	**100%**	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	**≤2 jam**	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam
9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	**100%**	100%	100%	100%	100%	100%	100%

17. Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah

Indikator	STANDAR	KONDISI AWAL	TARGET PENCAPAIAN				
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Waktu pelayanan ambulans/Kereta Jenazah	**24 jam**	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/Kereta Jenazah di Rumah Sakit	**≤30 menit**	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit
3. Respon time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan (sesuai ketentuan daerah)	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30menit	≤30 menit

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 (*Health care associated infection*) 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