

**PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2020**



RSUD I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2020**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Kemampuan menangan life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	87,87%	87,87%	87,87%	68,75%	68,75	68,75%	68,75%	78,57%	78,57%	78,57%	83,80%	83,80%	83,80%
3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 Tim
4	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	24 jam	24 jam	24 jam	24 Jam
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	14,8 Detik	15,6 Detik	16,7 Detik	17,2 Detik	17,7 Detik	17,5 Detik	17,5 Detik	17,2 Detik	17,9 Detik	17,9 Detik	17,2 Detik	17,7 Detik	17,07 Detik
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	0,82 / 1000	0,90 / 1000	0,26/ 1000	0,71 / 1000	0,90 / 1000	0,61 / 1000	0,53 /1000	0,76 / 1000	0,77 / 1000	0,15 / 1000	0,30/ 1000	1,16 / 1000	0,65 / 1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	34%	57,1%					100%	90%					

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter	89,67 %	79,38 %	82,63 %	89,04%	99,54%	97,31%	98,66%	96,4%	97,73%	93,89 %	93,64 %	89,95 %	92,32%
3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	(08.00-13.00) setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	9,7 Menit	8,82 Menit	9,2 Menit	10,08 Menit	9,93 Menit	10,17 Menit	10,15 Menit	10,20 Menit	10,12 Menit	9,02 Menit	10 Menit	10,26 Menit	9,81 Menit
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan melalui pemeriksaan mikroskopik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	100%
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
8	Peresepan obat sesuai Formularium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	63,9%	64,2%	60,1%	68,34%	100%	100%	89,70%	100%	96,40%	89,4%	89,9%		

3. Pelayanan Rawat Inap

[illegible]

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	Triwulan	triwulan	87,4%	triwulan	triwulan	87,4%	triwulan	Triwulan	87,4%	Triwulan	Triwulan	87,4%	87,4%
4.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari
5.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	81,8%	90%	100%	90%		81,8%	100%	86,60%					

5.Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Standar Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter SpB	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Tersedia	tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	96%	100%	97%	93%	93%	89%	100%	100%	100%	83%	100%	100%	95,91%
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	31,08%	32,54%	32,07%	32,42%	49,64%	45,04%	15,27%	14,66%	17,61%	16.06%	20,51%	26,62%	25,12%
7.	Pelayanan Kontrasepsi Mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan														
	a. Perdarahan	≤ 1%	0%	0%	0%	0,12%	0,07%	0,33%	0%	0,33%	0%	0%	0%	0%	0,70%
	b. Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	97,6%						100%						

7.Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Radiologi	Dr.Sp.Rad, Radiografer	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	35,52 Menit	38,06 Menit	34,48 Menit	35,9 Menit	36,14 Menit	35,04 Menit	36,94 Menit	37,9 Menit	37,26 Menit	37,72 Menit	36,76 Menit	36,96 Menit	36,55 Menit
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,2%	0,2%	0%	0,3%	0,1%	0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0%	0,1%
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	100%	70%	100%				84,60%		100%				

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

[illegible]

9.Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medk	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	Triwulan	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	0%	Trwiulan	Trwiulan	0%	Trwiulan	Trwiulan	0%	0%
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	100%	100%	90%					100%					

10. Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan Farmasi														
	a. Apoteker	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b. Tehnik kefarmasian		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 Thn.	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	15,1 Menit	15,7 Menit	18 Menit	11,5 Menit	11,79 Menit	12,23 Menit	9,79 Menit	10,2 Menit	10,7 Menit	11,8 Menit	9,98 Menit	12 Menit	11,14 Menit
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	37,25 Menit	28 Menit	40,51 Menit	33,95 Menit	35,60 Menit	29,7 Menit	26,70 Menit	31,59 Menit	32,41 Menit	35,76 Menit	29,94 Menit	36,97 Menit	33,19 Menit
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,99%
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	79%	81,90%	100%	100%	92%	80%	81,90%	100%	84,60%	85,61%	83,71%	84,31%	87,75%

11. Gizi

No	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	98%	96%	92%	98%	98%	96%	98%	96%	94%	96%	98%	96%	96,33%
4.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20 %	10%	6%	8%	8%	6%	8%	6%	8%	6%	8%	6%	6%	7,1 %
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	100%	100%					100%	83,30%					

12. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
3.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,01%	0%	0%	0%	0%	0,02%	0,01%	0%	0,02%	0,02%	0,01%	0%	0,007%
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	97,1%	100%		92,3%	72%		100%						

14.Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelaynan rawat jalan	≤ 10 Menit	5,64 Menit	5,68 Menit	5,84 Menit	4,19 Menit	4,05 Menit	4,15 Menit	4,07 Menit	4,03 Menit	4,04 menit	4,01 Menit	4,02 Menit	4,05 Menit	4,48 Menit
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	11,74 Menit	12,33 Menit	12,08 Menit	11,34 Menit	11,04 Menit	10,04 Menit	10,83 Menit	11,00 Menit	11,08 Menit	10,9 Menit	11,05 Menit	10,98 Menit	11,28 Menit
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%	80%	90%	80%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	80%	87,5%
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	90%	90%	80%	90%	80%	90%	90%	100%	90%	90%	90%	90%	89,16%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	82,26%	84,70%	85,40%	78,91%	80,17%	80,69%	79.95%	81,06%	80,09%	80,17%	82,24%	81,50%	81,42%

15. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Adanya Penanggung jawab pengelolaan limbah Rumah Sakt	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	Ada	Ada	ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
2.	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limba rumah sakit	Sesuai peraturan perundangan	sesuai	Sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3.	Pengelolaan limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Pengelolaan limbah padat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Baku mutu limba cair	1a. BOD<30 mg/l 1b. COD<80 mg/l 1c. TSS<30 mg/l 1d. PH 6-9	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	BOD 20.55 mg/l COD 32,05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7,24	COD 30,7 mg/l TSS 13 mg/l PH 7,21 mg/l	COD 30,7 mg/l TSS 13 mg/l PH 7,21 mg/l	COD 30,7 mg/l TSS 13 mg/l PH 7,21 mg/l	COD 30,7 mg/l TSS 13 mg/l PH 7,21 mg/l	COD 30,7 mg/l TSS 13 mg/l PH 7,21 mg/l

16. Administrasi dan Manajemen

[illegible]

[illegible]

18. Pemulasaraan Jenazah

[illegible]

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

[illegible]

20. Pelayanan Laundry

[illegible]

21.Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

[illegible]

22. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%
2.	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
3.	Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Tersedia
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	99,70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,70%	99,70%	100%	100%	99,92%
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %													

Wotu, 05 Januari 2021

Plt. Direktur RSUD I Lagaligo

Kabid. Pelayanan Medik & Keperawatan

dr. Benny. M. Kes

NIP. 19680608 200112 1 003

Suhelmi. S. Si. Apt. M. Kes

NIP. 19800313 200502 2 005

CATATAN JUMLAH INDIKATOR : 170

JUMLAH INDIKATOR KEPUASAN : 16

YG TIDAK MENCAPAI STANDAR :14

Capaian spm 2020 : 90,90% DILUAR DARI KEPUASAN