

**PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2019**



RSUD I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2019**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Kemampuan menangani 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%	83,33%	81,81%	87,87%	87,87%	90,32%	90,30%	90,63%	90,63%	90,63%	90,63%	90,63%	90,63%	90,63% <i>gmn</i>
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 <i>gmn</i>
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	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	14,3 Detik	14,9 Detik	14,4 Detik	13,2 Detik	15,6 Detik	17,1 Detik	15.6 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	0,37 /1000	0,49 /1000	0,12 /1000	0,24 /1000	0/1000	0,21 /1000	0,40 /1000	1/1000	0,68/1000	0,48 /1000	0,36 /1000	0,53 /1000	0,40/1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	80,61%	80,61%	80,61%	80,61%	80,61%	80,61%	87,27%	91,78%	92,74%	84,16%	79,14%	83,87%	83,55%

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2019
			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	87,79 %	94,54 %	93,81 %	89,61 %	92 %	94,07 %	92 %	94,07 %	87,07 %	89,50 %	89,66 %	84,37 %	90,70 %
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	19,38 Menit	72,90 Menit	23,66 Menit	17,55 Menit	17,42 Menit	23,66 Menit	23,33 Menit	22,75 Menit	23,34 Menit	22,75 Menit	25,6 Menit	22,74 Menit	25,59 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	Triwulan Triwulan	100 %	Triwulan Triwulan	100 %	Triwulan Triwulan	Triwulan Triwulan	100 %	100 %	triwulan triwulan	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 %	80,76 %	92,60 %	80,76 %	80,76 %	80,76 %	92,60 %	81,06 %	81,21 %	92,60 %	80,76 %	92,60 %	81,21 %	84,80 %

Insikator. Kepuasan Pasien. pemberian 4-6 g.

- pemberian pasien GPK ke Prin Dik.
- CP. Pasien + ada RS RM.

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	94,75%	95,63%	92,63%	92,81%	86,84%	91,95%	85,04%	86,83%	82,54%	86,73%	90,16%	92,95%	90,13%
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,01%	0,01%	0%	0%	0,01%	0%	0%	0,02%	0%	0%	0%	0%	0,004%
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	0,016%	0,015%	0,012%	0,014%	0,019%	0,015%	0,006%	0,011%	0,012%	0,010%	0,013%	0,004%	0,01%
9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOIS	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	100%
11	Pelaporan dan pencatatan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,004%	0,007%	0,010%	0,008%	0,005%	0,009%	0,005%	0,005%	0,005%	0,003%	0,009%	0,010%	0,01%
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	89,86%	90,17%	90,16%	90,84%	90,94%	81,52%	90,70%	91,86%	93,01%	91,14%	90,79%	90,02%	90,04%

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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	87,4%	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	1,1 hari	1,1 hari	1,1 hari	1,025 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%	75,73%	77,95%	79,88%	76,18%	80,65%	75,73%	78,25%	79,28%	88,45%	84,02%	86,36%	84,61%	80,59%

Data dikumpulkan

Standar tindakan operasi + Rg kelas C



5. Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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	Tersedia
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Tersedia
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	88,46%	100%	95%	100%	100%	91%	94%	90%	88%	100%	100%	100%	95,53%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	100%	85%	100%	95%	88%	94%	92%	100%	100%	100%	100%	96,16%
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	41,33%	23,71%	25,68%	27,46%	18,38%	18%	12,08%	17,04%	17,80%	28,94%	33,50%	33,16%	24,75%
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%	0,002%	0,006%	0%	0%	0%	0,003%	0%	0%	0,006%	0%	0,001%
	b. Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0,002%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,000%
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	78,62%	78,39%	80,24%	83,57%	85,42%	86,97%	86,24%	87,34%	88,12%	87,2%	86,01%	82,98%	84,25%

6. Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan intensif														
	a. Dokter Sp. Anestesi & Dokter Sp. Yg sesuai dgn kasus	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b. Perawat D3 dengansertifikatmahir ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan peralatan dan perlengkapan di ruang ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	≤ 21 %	0,09%	0,07%	0,06%	0,12%	0,10%	0%	0,02%	0,06%	0,09%	0,04%	0,06%	0%	0,05%
6.	Rta-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1,85%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	82,09%	82,26%	81,21%	81,65%	82,09%	81,65%	81,95%	81,8%	81,06%	81,35%	82,95%	81,80%	81,82%

7. Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2019
			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	37,54 Menit	36,38 Menit	32,74 Menit	34,4 Menit	35,48 Menit	34,88 Menit	34,08 Menit	34,72 Menit	33,78 Menit	33,48 Menit	34,86 Menit	37,76 Menit	35 Menit
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%
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%	76,92%	77,80%	77,06%	80,17%	80,91%	81,80%	81,35%	83,72%	83,72%	81,80%	82,09%	82,54%	80,76%

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dr.Sp.PK, Analis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	52,46 Menit	66,5 Menit	62,7 Menit	56,22 Menit	59,34 Menit	61,52 Menit	53,78 Menit	62,08 Menit	62,1 Menit	63,08 Menit	62,56 Menit	62,5 Menit	60,40 Menit
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
6.	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
7.	Pelaksanaan eksperti hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,5%	0,8%	0,6%
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	77,06%	81,21%	83,43%	82,68%	83,28%	83,86%	84,31%	84,61%	85,05%	86,68%	84,61%	84,31%	83,42%

73%

9.Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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 medik	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 79,73%	Triwulan 78,99%	0%	Triwulan 81,06%	Triwulan 89,19%	0%	Triwulan 86,74%	Triwulan 98,51%	0%	Triwulan 92,15%	Triwulan 82,24%	0%	0%
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	79,73%	78,99%	77,51%	81,06%	89,19%	97,33%	86,74%	98,51%	99,40%	92,15%	82,24%	80,61%	86,95%

10. Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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	21,2 Menit	18,8 Menit	21,4 Menit	18,4 Menit	14,44 Menit	10,90 Menit	10,88 Menit	14,01 Menit	16,51 Menit	15,88 Menit	14,36 Menit	20,08 Menit	16,40 Menit
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	56,62 Menit	56,04 Menit	52,44% N/A	54,74% N/A	54,58 Menit	40,44 Menit	36,26 Menit	55,54 Menit	33,12 Menit	30,56 Menit	31,55 Menit	44,66 Menit	45,54 Menit
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,98%	100%	99,98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,98%	100%	99,99%
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	67,30%	73,96%	67,89%	66,86%	67,89%	78,10%	76,77%	78,10%	79,28%	82,09%	83,13%	82,39%	75,31%

11. Gizi

No	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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%	90%	94%	94%	90%	90%	95%	90%	96%	90%	96%	92%	96%	92,75%
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%	2%	12%	8%	12%	14%	10%	12%	10%	12%	10%	8%	10%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,22%	73,96%	73,96%	73,89%

12. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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	$\leq 0,01\%$	0%	0%	0%	0%	0,01%	0,01%	0,01%	0,06%	0,01%	0,01%	0%	0%	0,009%
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	$\geq 80\%$	82,24%	77,06%	80,76%	83,13%	78,54%	79,73%	82,69%	77,80%	79,73%	75,59%	79,28%	78,25%	79,56%

14.Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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 pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit	7,11 Menit	7,02 Menit	7 Menit	3,16 Menit	3,19 Menit	3,35 Menit	1,62 Menit	1,69 Menit	1,7 Menit	1,84 Menit	3,73 Menit	2,97 Menit	3,69 Menit
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	12,20 Menit	12,33 Menit	12,06 Menit	11,31 Menit	10,77 Menit	11,2 Menit	9,81 Menit	9,49 Menit	9,25 Menit	9,54 Menit	9,83 Menit	9,92 Menit	10,64 Menit
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%	100%	100%	80%	90%	90%	80%	90%	90%	90%	80%	80%	88,83 %
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	80%	90%	90%	90%	80%	90%	90%	80%	90%	90%	80%	80%	85,83 %
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%

Handwritten signature

15. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			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 limbah 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 limbah cair	1a. BOD<30 mg/l 1b. COD<80 mg/l 1c. TSS<30 mg/l 1d. PH 6-9	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	TSS 4 mg/l PH 4 mg/l	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	BOD 29,40 mg/l COD 93,00 mg/l TSS 10 mg/l PH 7,25	BOD 29,40 mg/l COD 93,00 mg/l TSS 10 mg/l PH 7,25

WV

[illegible]

17.Ambulans

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil jenazah	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
2.	Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Supir ambulance terlatih	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia
3.	Ketersediaan mobil ambulance dan mobil jenazah	Mobil ambulance dan jenazah terpisah	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah	≤ 30 Menit	24 Menit	30 Menit	27 Menit	27 Menit	21 Menit	24 Menit	30 Menit	23 Menit	21 Menit	28 Menit	20 Menit	27 Menit	25,16 Menit
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	29 Menit	20 Menit	25 Menit	23 Menit	22 Menit	27 Menit	21 Menit	21 Menit	29 Menit	30 Menit	27 Menit	22 Menit	24,66 Menit
6.	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecelakaan atau kematian	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80,52%	80,08%	78,90%	80,08%	82,89%	81,11%	80,23%	79,19%	79,04%	81,26%	80,08%	82,30%	80,47%

18. Pemuliharaan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Ketersediaan pelayanan pemuliharaan jenazah	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
2.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
3.	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
4.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemuliharaan jenazah	≤ 15 Menit	83 Menit	115 Menit	134 Menit	87 Menit	61 Menit	115 Menit	97 Menit	119 menit	112 Menit	87 Menit	112 Menit	112 Menit	102 Menit
5.	Perawatan jenazah sesuai dengan standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80,08%	79,93%	79,93%	80,08%	79,93%	80,03%	81,11%	80,82%	81,56%	82,30%	80,23%	80,97%	80,58 %

Endy

[illegible]

20. Pelayanan Laundry

[illegible]

[illegible][illegible]

22. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	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 Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Triwulan Tersedia	Tersedia
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,97%
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	89,09%	90,13%	90,28%	88,50%	91,31%	91,46%	90,14%	92,05%	91,76%	91,31%	90,13%	90,28%	90,53%

Plt. Direktur RSUD I Lagaligo

dr. Benny M. Kes

NIP. 19680608 200112 1 003

Wotu, 05 Januari 2020

Kabid. Pelayanan Medik & Keperawatan

Suhelmi S. Si Apt. M. Kes

NIP. 19800313 200502 2 005