

**PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2018**



RSUID I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2018**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2018	
			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%	100%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100%	100%	100%	100%	99,14%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	86,66%	86,66%	86,66%	92,14%
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	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	24 Jam
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	16,3 detik	17,5 detik	18,8 detik	19,7 detik	18,9 detik	18,9 detik	19,2 detik	19 detik	18,2 detik	18,8 detik	17,8 detik	17,1 detik	18,3 Detik	18,3 Detik
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	0,32/1000	0,12/1000	0,25/1000	0,51/1000	0,27/1000	0,27/1000	0,11/1000	0/1000	0,24/1000	0,23/1000	0,24/1000	0,51/1000	0,26/1000	0,26/1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	80,76 %	80,02 %	80,32 %	85,39 %	80,32 %	80,32 %	80,47 %	81,50 %	80,47 %	81,13 %	80,61 %	80,61 %	81,03 %	81,03 %

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2018		
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter	91,63 %	90,11 %	88,72 %	85,04 %	86,36 %	66,63 %	86,71 %	85,72 %	89,77 %	85,71 %	88,23 %	90,76 %	86,28 %		
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%	100%	100%
4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	18,61 mnt	40,29 mnt	28,9 mnt	30,15 mnt	29,37 mnt	27,35 mnt	41,46 mnt	29,27 Menit	39,37 Menit	28,9 Menit	32,20 Menit	28,12 menit	31,16 Menit		
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan	100 %	100%	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	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	100%	100%	100%
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
8	Peresepan obat sesuai Formalarium	100 %	100%	98%	100%	96%	98%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	99,16 %	100%	100%
9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	77,06%	80,91%	81,21%	80,17%	80,02%	77,95%	81,80%	80,91%	79,14%	86,89%	79,14%	79,14%	80,36%		

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahunan 201		
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	75,00%	73,26%	91,40%	90,86%	90,96%	95,21%	94,15%	97,89%	97,87%	97,34%	98,93%	98,93%	98,93%	98,93%	91,82%
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	60,76%	60,76%	60,76%	98,73%	98,73%	98,73%	98,73%	97,50%	97,50%	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%	100%	100%
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	86,45%	89,19%	92,01%	86,55%	94,95%	93,21%	93,51%	91,69%	92,56%	90,98%	93,39%	91,23%	91,23%	91,23%	83,52%
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,82%	0,85%	0,85%	0,85%	0,23%
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	2,10%	2,78%	2,02%	2,62%	2,10%	2,78%	2,59%	2,17%	1,79%	1,78%	2,33%	1,64%	1,64%	1,64%	2,22%
9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	Triwulan	Triwulan	0,22%	Triwulan	Triwulan	0,16%	Triwulan	Triwulan	0,29%	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	0,25%
11	Pelaporan dan pencatatan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	1,83%	1,25%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,26%
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,003%	0,004%	0,002%	0,006%	0,003%	0,004%	0,005%	0,003%	0,004%	0,007%	0,005%	0,006%	0,006%	0,006%	0,004%
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	89,19%	88,04%	87,27%	89%	80,87%	79,49%	89,46%	80,91%	79,14%	89,83%	88,84%	92,14%	88,84%	92,14%	86,18%

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018		
			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%	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%	100%	100%
3.	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	triwulan	triwulan	87,4%	triwulan	triwulan	87,4%	triwulan	87,4%	Triwulan	Triwulan	87,4%	Triwulan	87,4%	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	1,1 hari	1,1 hari	1 hari
5.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	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%	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%	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%	0%	0%
10.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	78,99%	81,35%	87,27%	77,80%	86,98%	78,40%	86,68%	77,36%	83,43%	79,73%	78,69%	82,54%	81,68%	81,68%	81,68%

5. Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018		
			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%	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	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	tersedia	Tersedia
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	100%	100%	94,5%	90,32%	100%	100%	100%	92%	87,5%	100%	100%	100%	100%	100%	94,57%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	93,3%	77,77%	88,89%	100%	100%	100%	87,5%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75%	92,37%
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20%	12,78%	36,19%	26,86%	5,5%	18,97%	28,20%	24,24%	19,07%	31,06%	28,35%	31,79%	24,32%	100%	100%	24,32%
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%	100%	100%
8.	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	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%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	b. Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	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%	0%	0%
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	74,3%	74,0%	87,0%	87,3%	84,6%	84,6%	84,6%	84,4%	85,0%	85,6%	74,55%	84,02%	74,55%	81,66%	81,66%

6. Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2018			
			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%	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%	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%	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%	100%	100%	100%
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	≤ 21 %	18,18%	7,5%	0,21%	0,11%	0,13%	0,17%	0,13%	0,17%	0,05%	0,07%	0,06%	0,10%	0,08%	0,07%	0,07%	2,23%
6.	Rta-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0%	2,50%	2%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,62%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	82,69%	84,46%	87,27%	81,8%	81,4%	80,91%	81,65%	81,65%	81,09%	81,65%	82,08%	82,45%	82,69%	86,30%		

7. Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2018		
			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 %	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 %	100 %	100 %
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	30,7 Mnt	29,14 Mnt	30,3 Menit	28,89 Menit	32,36 Menit	30,32 Menit	32,54 Menit	30,44 Menit	31,32 Menit	31,3 Menit	31,26 Menit	35,16 Menit	31,14 Menit	31,14 Menit	31,14 Menit
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0%	0,2%	0%	0,1%	0%	0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3 %	0%	0,1%	0,1%	0,1%
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100 %	100%	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%	100%	100%
7.	Kepuasanpelanggan	≥ 80%	74,0%	75%	74,0%	80,5%	82,0%	83,6%	85,0%	86,3%	85,2%	80,04%	77,21%	78,21%	80,08%	80,08%	80,08%

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018		
			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%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi	100 %	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%	71,8%
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	52,46 Menit	51,05 Menit	58,26 Menit	57,02 Menit	56,44 Menit	56,26 Menit	61,48 Menit	58,02 Menit	58,64 Menit	68,83 Menit	68,82 Menit	62,08 Menit	64,39 Menit	64,39 Menit	64,39 Menit
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan	100%	100%	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	Tersedia	Tersedia
6.	Kemampuan memeriksa mikroskopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
7.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	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%	100%	100%
10.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	77,0%	75,8%	80,0%	80,6%	81,5%	82,1%	80,5%	83,4%	84,6%	79,28%	81,35%	82,39%	82,39%	82,39%	94,39%

9.Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018	
			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	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	Sesuai
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik	100%	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	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	0%
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	81,06%	82,24%	77,95%	79,28%	80,18%	77,95%	81,80%	80,02%	80,32%	77,90%	81,50%	80,47%	80,05%	80,05%

10. Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018		
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
1.	Pemberi pelayanan Farmasi a. Apoteker b. Tehnik kefarmasian	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			100%	100%	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%	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	Tersedia	Tersedia
4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	10,04 Menit	9,27 Menit	17,5 Menit	18,3 Menit	18,32 Menit	18,02 Menit	22,02 Menit	23,9 Menit	24 Menit	24,9 Menit	24,7 Menit	31,4 Menit	22,27 Menit	22,27 Menit	22,27 Menit
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	24,53 Menit	23,01 Menit	29,5 Menit	30,7 Menit	36,48 Menit	35,68 Menit	36,02 Menit	39,26 Menit	39,4 Menit	39,36 Menit	44,5 Menit	65,02 Menit	35,03 Menit	35,03 Menit	35,03 Menit
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	99,98%	100%	100%	100%	99,93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	70,0%	70,0%	69,0%	70,2%	76,8%	81,3%	83,0%	82,7%	83,4%	69,23%	70,26%	69,32%	74,59%	74,59%	74,59%

11. Gizi

Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018	
		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%	100%
2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tersedia	Tersedia
3. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	100%	100%	100%	92%	98%	100%	100%	96%	96%	90%	92%	94%	100%	100%
4. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20 %	16%	18%	18%	10%	6%	8%	6%	16%	6%	14%	12%	14%	12%	12%
6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	67,75%	65,75%	67,75%	67,75%	73,96%	71,30%	67,75%	71,59%	71,44%	71,30%	72,92%	73,22%	70,20%	70,20%

12. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018	
			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%	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%	80%
3.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,01%	0,01%	0%	0%	0%	0%	0%
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100%	100%	100%	100%	93,59%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	83,43%	81,80%	80,17%	81,95%	81,50%	80,91%	80,61%	76,03%	74,55%	80,02%	85,45%	78,84%	87,18%	87,18%

14.Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 201	
			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	Sesuai
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit	7,33 Mnt	7,15 Mnt	7,81 Mnt	7,66 Mnt	7,66 Mnt	7,61 Mnt	7,41 Mnt	7,27 mnt	6,68 Mnt	7 Mnt	7,05 mnt	7,07 mnt	7,30 Men	
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	12,38 Mnt	12,36 Mnt	12,35 Mnt	12,08 Mnt	12,08 Mnt	12,03 Mnt	12,02 Mnt	12,05 Mnt	12,06 Mnt	12 Mnt	12 mnt	12,05 mnt	12,12 Menit	
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%	100%	80%	80%	80%	90%	90%	90%	80%	90%	90%	90%	87,5%	
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	80%	90%	90%	90%	90%	80%	90%	90%	100%	90%	90%	90%	89,16 %	
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	76,18%	75,14%	79,18%	81,72%	82,01%	79,06%	79,80%	82,01%	84,87%	81,72%	82,01%	84,82%	80,70%	

15. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018			
			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	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	sesuai	Sesuai	
3.	Pengelolaan limbah cair	100%	100%	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%	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	Triwulan	Triwulan	BOD=4,8 3Mg/l COD=8,7 6 Mg/l TSS=30 Mg/dl PH=7,20	Triwulan	Triwulan	BOD=12, 08Mg/l COD=25, 81Mg/l TSS=87 Mg/dl PH=6,96	Triwulan	Triwulan	BOD=14, 40Mg/l COD=29, 16/Mg/l TSS=4 mg/dl PH=7,25	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	BOD=14, 40Mg/l COD=29, 16/Mg/l TSS=4 mg/dl PH=7,25	BOD=14, 40Mg/l COD=29, 16/Mg/l TSS=4 mg/dl PH=7,25	BOD=14,4 0Mg/l COD=29,16 /Mg/l TSS=4 mg/dl PH=7,25

17.Ambulans

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018		
			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	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	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	Tersedia	Tersedia
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah	≤ 30 Menit	27,51 Menit	41,74 Menit	30,07 Menit	20,34 Menit	37,28 Menit	76,44 Menit	81,4 Menit	1,91 Menit	1,26 Menit	9,5 Menit	1,23 Menit	1,27 Menit	27,49 Menit		
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	3,86 Menit	4,35 Menit	2,25 Menit	20,34 Menit	37,28 Menit	76,44 Menit	81,4 Menit	1,91 Menit	1,26 Menit	9,5 Menit	1,23 Menit	1,27 Menit	20,09 Menit		
6.	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	88,07%	90,13%	82%	80,93%	87,07%	83,13%	80,01%	78,90%	76,34%	80,04%	79,67%	80,07%	82,19%		

18. Pemuliharaan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018		
			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	24 Jam	24 jam
2.	Ketersediaan fasiliti kamar jenazah	Sesuai kelas RS	50%	50%	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	Ada	Ada
4.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemuliharaan jenazah	≤ 15 Menit	61 Menit	99 Menit	61 Menit	72 Menit	68 Menit	85 Menit	66 Menit	74 Menit	92 Menit	66 Menit	60 Menit	78 Menit	73,5 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%	100%	100%
6.	Tidak terjadinya kesalihan identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	90%	94%	82%	81,23%	82,43%	82%	80,22%	80%	81,54%	81,54%	79,85%	80,15%	82,91%		

22. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2018	
			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%	16,66%	
2.	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
3.	Petugas keamanan melakukan kelling rumah sakit	75%	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	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Tersedia
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	99,7%	99,7%	100%	100%	100%	100%	100%	99,7%	100%	100%	100%	100%	99,7%	99,9%
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	78,01%	77,75%	75,07%	91,31%	91,02%	91,31%	91,17%	91,31%	91,31%	91,31%	91,17%	90,14%	91,76%	90,28%

Wotu, 07 Januari 2019

Direktur RSUD I Lagaligo



dr. Hj. Rosmini Pandin MARS
NIP.19690909 200112 2 001