



**LAPORAN PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
TAHUN 2023
RSUD I LAGALIGO KAB. LUWU TIMUR**



BAGIAN PERENCANAAN

KATA PENGANTAR

Dalam rangka meningkatkan pelaksanaan pemerintahan yang lebih efektif, efisien dan bertanggungjawab serta untuk lebih memantapkan pelaksanaan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah sebagai wujud pertanggungjawaban kegiatan dalam mencapai visi, misi dan tujuan instansi pemerintah, serta dalam usaha mewujudkan good governance perlu di adakan evaluasi terhadap pelayanan yang telah diberikan.

Sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal serta menindaklanjuti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/menkes/SK/III/2008 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal dan ditindak lanjuti dengan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 36 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur maka di susunlah laporan pencapaian SPM RSUD I Lagaligo tahun 2023.

Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal ini disusun berdasarkan laporan yang diterima dan dikompilasi oleh Bagian Perencanaan RSUD I Lagaligo. Kabupaten Luwu Timur. Selanjutnya diharapkan kinerja pelayanan dapat lebih di tingkatkan pada tahun 2024, sehingga capaian indikator Standar Pelayanan Minimal menjadi 100%.

Kami menyadari bahwa Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun2023 ini belum sempurna, oleh karena itu saran, kritik, masukan dan yang utama adalah dukungan untuk memberikan laporan secara cepat, tepat dan akurat dari masing-masing unit kerja terkait agar kompilasi dan pengolahan data dapat dilakukan dengan baik.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses ini kami ucapkan terimakasih atas kontribusinya yang telah diberikan sehingga laporan ini bisa diwujudkan.

Wotu, Desember 2023

Direktur,


dr. BENNY, M.Kes

Nip. 19680608 2001121003

DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN	1
	Latar Belakang	1
	Maksud dan Tujuan	2
	Landasan Hukum	3
	Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal	4
BAB II	CAPAIAN SPM RSUD I LAGALIGO	5
	Jenis Pelayanan	5
	Capain SPM setiap jenis pelayanan, indikator dan standar	5
BAB III	PENUTUP	27

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (I) perubahan Undang – undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan : Standar pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

Ayat 7 Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Ayat 8. Pelayanan dasar adalah

jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial ekonomi dan pemerintahan. Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

Laporan capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD Dr. Saiful Anwar merupakan bentuk pertanggungjawaban terhadap aktivitas rumah sakit yang pada akhirnya akan menjadi tolak ukur keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga wajib dilaksanakan. Hal ini selaras dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II /2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Saki

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit kepada masyarakat.

Sebagai instrumen pengendalian Rumah Sakit, maka Standar Pelayanan Minimal menjadi hal yang wajib dilaksanakan oleh unit-unit pelayanan yang ada, dengan tujuan:

1. Menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan rumah sakit dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing unit pelayanan.
2. Menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan suatu layanan sesuai klasifikasi Rumah Sakit , sehingga SPM dapat menjadi dasar penentuan kebutuhan pembiayaan dalam mengusulkan anggaran kepada Panitia Anggaran Daerah dan DPRD.
3. Menentukan usulan perimbangan keuangan dan/atau bantuan lain fungsi pelayanan kesehatan yang lebih adil dan transparan dari pemerintah pusat atau pihak lain.

4. Meningkatkan akuntabilitas Rumah Sakit terhadap masyarakat. Sebaliknya, masyarakat dapat mengukur sejauhmana Rumah Sakit dapat memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanannya.
5. Memperjelas tugas pokok Rumah Sakit dan mendorong terwujudnya checks and balances yang efektif.
6. Mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit.

C. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4592);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4614);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4614);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/III/2010 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal;

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, yang telah diperbaharui dengan Permenkes No. 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang RPJPD dan RPJMD dan RKPD Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
12. Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 11 Tahun 2013 Tentang Pola Tata Kelola BLUD RSUD I Lagaligo.
13. Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 36 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

D. SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

- Bab I Pendahuluan yang terdiri dari;
 - a. Latar Belakang
 - b. Maksud dan tujuan
 - c. Landasan Hukum
 - d. Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal
- Bab II Capaian SPM rsud I Lagaligo terdiri dari:
 - a. Jenis Pelayanan
 - b. Capaian SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar
- Bab III Penutup
- Lampiran

BAB II

CAPAIAN SPM RSUD I LAGALIGO

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit meliputi jenis-jenis pelayanan indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

A. JENIS PELAYANAN

Jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaran jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegah Pengendalian Infeksi

B. CAPAIAN SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

Tahun 2023 ini RSUD I Lagaligo menetapkan target capaian SPM rumah sakit adalah 90%, dengan realisasi untuk tahun 2023 adalah 83,4%. Jika dibandingkan dengan realisasi tahun sebelumnya tahun 2022 target capaian

SPM adalah 93% dengan realisasi 81,8% sehingga pada tahun 2023 ada peningkatan capaian SPM Rumah Sakit 1,6%.

Ada penurunan target capaian SPM pada tahun 2023, hal ini dilakukan dengan memperhatikan realisasi pada tahun 2022 dan kondisi keuangan rumah sakit.

Berikut gambaran capaian Pelayanan minimal Rumah sakit sesuai dengan jenis pelayanan :

Tabel 2.1
Pencapaian Standar Pelayanan Minimal RSUD I Lagaligo Tahun 2023

NO	JENIS PELAYANAN (SPM)	JUMLAH INDIKATOR SPM	TERCAPAI	%	KET
I.	Lingkup Pelayanan	68	57	83,8	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	8	6	75,0	
2.	Pelayanan Rawat Jalan	10	9	90,0	
3.	Pelayanan Rawat Inap	14	10	71,4	
4.	Bedah Sentral	11	11	100,0	
5.	Persalinan dan Perinatologi	12	11	91,7	
6.	Pelayanan Intensif	7	6	85,7	
7.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	6	4	66,7	
II.	Lingkup Penunjang Pelayanan	72	58	80,6	
1.	Pelayanan Radiologi	7	6	85,7	
2.	Pelayanan Lab & PK	10	9	90,0	
3.	Pelayanan Tranfusi Darah	5	4	80,0	
4.	Pelayanan Rekam Medik	6	2	33,3	
5.	Pelayanan Farmasi	8	6	75,0	
6.	Pelayanan Gizi	6	5	83,3	
7.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	5	5	100,0	
8.	Pelayanan Pengolahan Limbah	5	5	100,0	
9.	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	7	4	57,1	
10.	Pelayanan Laundry	7	7	100,0	
11.	Pemeliharaan Sarana RS	6	5	83,3	

III.	Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen	29	26	89,7	
1.	Pelayanan Administrasi & Manajemen	16	16	100,0	
2.	Pelayanan Ambulans	7	6	85,7	
3.	Pelayanan Keamanan	6	4	66,7	
	Rata-rata capaian SPM-RS	169	141	83,4%	

Dibawah ini data realisasi capaian SPM untuk setiap jenis pelayanan, indicator dan standar tahun 2023 :

Tabel 2.2

Capaian Standar Pelayanan Minimal Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET 2023	CAPAIAN	%
1.	Pelayanan Gawat Darurat					
	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%
	2	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	95%	94,7%	99,6%
	3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	100%
	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 jam	24 Jam	100%
	5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	≤ 1menit	23,22 detik	100%
	6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%
	7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	≤ 2/1000	5/1000	250%
	8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	≥ 80%	87,44%	100%
2.	Pelayanan Rawat Jalan					
	1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	Sesuai jenis & klasifikasi RS	Sesuai	Sesuai
	2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter spesialis	100%	100%	100%
	3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	(08.00-13.00) setiap hari kerja	100%	100%	100%

			kecuali jumat (08.00-11.00)	15 Menit	31,79 Menit	206%
	4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	15 Menit	31,79 Menit	206%
	5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan melalui pemeriksaan mikroskopik	100 %	100%	100%	100%
	6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	100%	100%	100%
	7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	100%
	8	Persepan obat sesuai Formalarium	100 %	100 %	100%	100%
	9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥60 %	100 %	100%	100%
	10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	95 %	100%	100%
3.	Pelayanan Rawat Inap					
	1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	100%
	2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	100%
	3	Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%	100%	100%
	4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100%	100%	100%	100%
	5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%
	6	Jam Visite Dokter Spesialis (08.00-14.00)	100%	100%	83,2%	83,2%

	7	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5 \%$	0,01%	0%	100%
	8	Kejadian infeksi Nosokomial	$\leq 9 \%$	0,01%	0,66%	6600%
	9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%
	10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	100%	100%	100%
	11	Pelaporan dan pencatatan TB di RS	$\geq 60 \%$	100%	100%	100%
	12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	$\leq 5 \%$	1%	0,49%	100%
	13	Kematian pasien ≥ 48 jam	$\leq 0,24 \%$	0,20%	0,64%	320%
	14	Kepuasan Pasien	$\geq 90 \%$	92%	90,41%	98,3%
4.	Bedah Sentral					
	1	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%
	2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%
	3.	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	90%	100%	100%
	4.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	1 hari	100%
	5.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%
	6.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%
	7.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%

	8.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100%	100%	100%
	9.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6%	0%	0%	100%
	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	100%
	11	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	83%	83,33%	100%
5.	Persalinan dan Perinatologi					
	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	Standar Sp. OG/ Dokter umum/ Bidan	100%	100%	100%
	2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 tim	5 tim	100%
	3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An	Tersedia	Tersedia	100%
	4	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	100%	100%	100%
	5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	98%	100%	100%
	6	Pertolongan persalinan melalui section caesaria	≤ 20 %	20%	27,06%	135%
	7	Pelayanan Kontrasepsi Mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100%	100%	100%
	8	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%

	9	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan					
		a. Perdarahan	$\leq 1\%$	0,5%	0,05%	100%	
		b. Pre-Eklampsia	$\leq 30\%$	0%	0%	100%	
		c. Sepsis	$\leq 0,2\%$	0%	0%	100%	
	10	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	82%	85,74%	100%	
6.	Pelayanan Intensif						
	1	Pemberi pelayanan intensif	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	
	2	Ketersediaan peralatan dan perlengkapan di ruang ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	
	3	Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	
	4	Kepatuhan terhadap handhygine	100 %	100%	100%	100%	
	5	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	$< 21\%$	0,02%	4,05%	20.250 %	
	6	Rata-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam	$\leq 3\%$	0,01%	0%	100%	
	7	Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$	77%	83,46%	100%	
7.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi						
	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih	75%	100%	77,87%	77,87 %	
	2	Ketersediaan APD disetiap instalasi/	$\geq 60\%$	100%	100%	100%	

		departemen						
	3	Rencana Program PPI		Ada		Ada		100%
	4	Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana		100%		100%		100%
	5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas		100%		100%		95,67 %
	6	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nasokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS		≥ 75%		100%		100%
8.	Pelayanan Farmasi							
	1	Pemberi pelayanan Farmasi :						
		a. Apoteker		Sesuai dengan ketentuan kelas RS		100%		100%
		b. Teknik kefarmasian		Sesuai dengan ketentuan kelas RS		100%		100%
	2	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi		Sesuai dengan ketentuan kelas RS		100%		100%
	3	Ketersediaan formularium		Tersedia dan update paling lama 3 Thn.		Tersedia		100%
	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi		≤ 30 menit		15 Menit		77,7%
	5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan		≤ 60menit		35 Menit		93,4%
	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat		100%		100%		100%

		7	Kepuasan pelanggan		≥ 80%	85%	85,72%	100%
9.	Pelayanan Gizi							
		1	Pemberi Pelayanan gizi		Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%
		2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi		Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Tersedia	Tersedia	100%
		3	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien		≥ 90%	98%	95,5%	97,44 %
		4	Tidak adanya kesalahan dalam pemberiandiet		100 %	100%	100%	100%
		5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien		≤ 20 %	10%	100%	100%
		6	Kepuasan pelanggan		≥ 80%	85%	100%	100%
10.	Rehab Medik							
		1	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik		Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	100%
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik		Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	100%
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik		100%	100%	100%	100%
		4	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan		≤ 50%	0%	0	100%

	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	86%	100%
11.	Pengelolaan Limbah					
	1	Adanya Penanggung jawab pengelolaan limbah Rumah Sakt	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	Ada	Ada	100%
	2	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan limbah rumah sakit	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai	Sesuai	100%
	3	Pengelolaan limbah cair	100%	100%	100%	100%
	4	Pengelolaan limbah padat	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	1a. BOD < 20,55 mg/l 1b. COD < 32 mg/l 1c. TSS < 7 mg/l 1d. PH 7,2	1a. BOD < 86.12 mg/l 1b. COD < 213.84 mg/l 1c. TSS < 38 mg/l 1d. PH 7,43	100%
12.	Pemulasaran Jenazah					
	1	Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	100%
	2	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	75%	62,5%	83,3%
	3	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	100%

	4	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤15 Menit	15 Menit	32 Menit	2.13%
	5	Perawata jenazah sesuai dengan standar <i>universalprecaution</i>	100%	100%	100%	100%
	6	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100%	100%	100%
	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	80,75%	95%
13.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS					
	1	Adanya penanggung jawab IPSRS	Ada SK Direktur	Ada	Ada	100%
	2	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	100%
	3	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %	80%	97%	100%
	4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %	100 %	97%	97%
	5	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	100 %	100%	100%
	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100 %	100 %	100%	100%
14.	Pelayanan Laundry					
	1	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	100%
	2	Adanya penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur	Ada	Ada	100%
	3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	100%

	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100 %	100 %	100%	100%
	5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	100 %	100%	100%
	6	Ketersediaan linen	2,5-3 Set x jumlah tempat tidur	100 %	100%	100%
	7	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100 %	100%	100%
15.	Pelayanan Radiologi					
	1	Pemberi Pelayanan Radiologi	Dr.Sp.Rad, Radiografer	100%	100%	100%
	2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100%	51,98%	51,98 %
	3	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	60 Menit	34,96%	100%
	4	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,1%	0%	100%
	5	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100 %	100%	100%	100%
	6	Pelaksana eksperti hasil pemeriksaan Rontgen (Dokter Radiologi)	100%	100%	100%	100%
	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	80,95%	100%
16.	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik					
	1	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dr.Sp.PK, Analis	100%	100%	100%

	2	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik	100 %	100%	74%	74%
	3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	60 menit	55,22%	100%
	4	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%
	5	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Tersedia	tersedia	Tersedia	100%
	6	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	100%
	7	Pelaksanaan eksperti hasil pemeriksaan Laboratorium (Dokter PK)	100%	100%	100%	100%
	8	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	100%	100%
	9	Kesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%
	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	86,52%	100%
17.	Transfusi Darah					
	1	TenagaPenyediaPelayanan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS (BDRS)	100%	100%	100%
	2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman BDRS	80%	80%	100%

	3	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,05%	2%	4000%
	4	Pemenuhan kebutuhan darah bagisetiappelayanan transfusi	100 %	100%	100%	100%
	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	85%	100%
18.	Rekam Medik					
	1	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	Sesuai	Sesuai	100%
	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit	3 Menit	4,86 Menit	162%
	3	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	8 Menit	11,39 Menit	142%
	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	45%	45%
	5	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100%	82%	82%
	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	81,5%	83%	100%
19.	Administrasi dan Manajemen					
	1	Kelengkapan pengisian jabatan	≥ 90 %	100%	100%	100%
	2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada	Ada	100%
	3	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	100%
	4	Adanya daftar urutankepangkatan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	100%

	5	Adanya perencana strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Ada	100%
	6	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	100%
	7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%
	8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %	100%	100%
	9	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%
	10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	100%	100%	100%
	11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100%	100%	100%
	12	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	30 menit	30 Menit	100%
	13	Cost Recovery	≥ 60 %	≥ 60 %	94%	100%
	14	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas Kinerja	100 %	100%	100%	100%
	15	Karyawan mendapat pelatihan 20 jam pertahun	≥ 60 %	60%	84,5%	100%
	16	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100 %	100%	100%	100%
20.	Ambulans					
	1	Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	100%

	2	Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Supir ambulance terlatih	Tersedia	Tersedia	100%
	3	Ketersedian mobil ambulance dan mobil jenazah	Mobil ambulance dan jenazah terpisah	Tersedia	Tersedia	100%
	4	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	25 Menit	23,91 Menit	100%
	5	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	15 Menit	25,75 Menit	171%
	6	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecelakaan atau kematian	100 %	100 %	100%	100%
	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	85%	100%
21.	Pelayanan Keamanan					
	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	97%	91,66%	94,49 %
	2	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	100%
	3	Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit	Setiap jam	75%	83,75%	100%
	4	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	100%
	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	85 %	100%	100%
	6	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	90%	89,08%	98,8%

Dari table SPM diatas, diatas dapat dilihat bahwa :

1. Pelayanan IGD

Capaian SPM pelayanan IGD adalah 75,0%, SPM pelayanan IGD memiliki 8 indikator dan ada 2 indikator yang belum capai target yaitu indikator Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (masih ada 1 tenaga perawat sertifikatnya expire) dan indikator kematian pasien di IGD (≤ 8 jam) masih tinggi yaitu 5‰ dari target ≤ 2 ‰, tingginya kematian ini disebabkan pasiennya yang masuk di IGD dan meninggal rata-rata datang dengan kondisi terminal.

2. Pelayanan Rawat Jalan

Capaian SPM secara rata-rata di Rawat Jalan adalah 90,0%, nilai belum mencapai target karena masih ada 1 indikator yang belum capai target yaitu waktu tunggu rawat jalan sesuai target tahun 2023 adalah 15 menit sedangkan capaiannya adalah 31,79 menit, hal ini disebabkan masih adanya dokter spesialis yang belum tepat waktu memberikan pelayanan. Meskipun indikator tersebut tidak mencapai target yang ditetapkan rumah sakit namun secara standar minimal sebenarnya telah tercapai (standar ≤ 60 menit).

3. Pelayanan Rawat Inap

Capaian SPM secara rata-rata di Rawat Inap adalah 71,4% belum capai 100% karena ada 4 indikator yang masih belum capai target. Indikator yang belum capai target yaitu jam visite dokter spesialis (08.00-14.00) realisasi 83,2% karena masih ada dokter melaksanakan visite diluar jam yang telah ditetapkan, indikator kejadian infeksi nosokomial realisasi lebih tinggi dari target yaitu 0,66%, meskipun tidak capai target namun secara standar minimal sebenarnya telah tercapai (standar ≤ 9 %), indikator kematian pasien ≥ 48 jam capaian 0,64% masih diatas target yaitu 0,20% dan indikator kepuasan pelanggan realisasi 90,41% masih belum capai target.

4. Pelayanan Bedah Sentral

SPM pelayanan bedah sentral memiliki 11 indikator dan semua indikator telah mencapai target atau realisasi 100%.

5. Pelayanan Persalinan, Perinatologi & KB

Capaian SPM secara umum di Persalinan, perinatologi dan KB yaitu 91,7%, belum capai target karena masih ada 1 indikator SPM yang belum tercapai, yaitu pada indikator pertolongan persalinan melalui seksio cesario 27% hal ini disebabkan karena pertolongan persalinan yang dilakukan di RS adalah pertolongan persalinan dengan penyulit.

6. Pelayanan Intensive

Capaian SPM pelayanan Intensive rendah yaitu 85,7% belum capai target karena masih ada 1 indikator yang belum capai target yaitu pada indikator kejadian infeksi nasokomial diruang ICU masih tercapai 4,05% lebih tinggi dari target 0,02%, namun berdasarkan standar capaian ini berada dibawah standar (standar $\leq 21\%$).

7. Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)

SPM pelayanan PPI memiliki 6 indikator, capaian SPM pada pencegahan pengendalian infeksi (PPI) 66,7% masih belum mencapai target, hal ini disebabkan masih ada 2 indikator yang tidak capai target. Indikator yang tidak capai yaitu Adanya anggota tim PPI yang terlatih dengan penggunaan APD saat melaksanakan tugas, namun secara standar minimal sebenarnya pada indikator adanya tim PPI yang terlatih telah memenuhi standar (standar 75%).

8. Pelayanan Radiologi

SPM pelayanan radiologi memiliki 7 indikator dengan capaian SPM rata-rata 85,7%. Belum capai target disebabkan masih ada 1 indikator yang belum tercapai yaitu pada indikator ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi terpenuhi 51,98% dari target dan standar 100%.

9. Pelayanan Patologi Klinik

Capaian SPM pelayanan Patologi Klinik yaitu 90%, belum capai target 100% karena dari 10 indikator masih ada 1 indikator belum tercapai yaitu ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium PK yang baru tercapai 74%.

10. Pelayanan Rehabilitasi Medik

SPM pelayanan rehabilitasi medik memiliki 5 indikator dan seluruh indikator telah tercapai sesuai target atau capaian 100%.

11. Pelayanan Tranfusi Darah

Rata-rata capaian SPM pelayanan Transfusi Darah adalah 80%, masih belum capai 100% karena masih ada 1 indikator yang belum tercapai yaitu pada indikator kejadian reaksi transfusi. Target indikator ini adalah 0,05% sedangkan realisasi 2%.

12. Pelayanan Rekam Medik

Capaian SPM pelayanan Rekam Medik yaitu 33,3% masih belum capai target karena ada 4 indikator yang belum capai. Ada 2 indikator yang tidak capai target namun secara standar SPM telah memenuhi standar yaitu indikator waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan rawat inap. 2 indikator lain yang tidak capai target adalah kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dan kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

13. Pelayanan Farmasi

Rata-rata capaian SPM pelayanan Farmasi 75%, belum mencapai 100% karena masih ada 2 indikator yang belum capai target yaitu indikator waktu tunggu pelayanan obat jadi dari target 15 menit namun realisasi 19,3 menit, dan indikator waktu tunggu pelayanan obat racikan tercapai 37,46 menit dari target 35 menit. Meskipun belum capai target namun secara standar pelayanan minimal capaian waktu tunggu tersebut telah memenuhi standar.

14. Pelayanan Gizi

Capaian SPM secara umum di Gizi secara umum adalah 83,3%, nilai ini tidak capai target karena masih ada 1 indikator yang belum capai target yaitu pada indikator ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien tercapai 95,5% dari target 98%. Namun berdasarkan standar nasional SPM Gizi sebenarnya telah memenuhi standar (Standar $\geq 90\%$).

15. Pelayanan Pengelolaan Limbah

SPM pelayanan pengelolaan limbah memiliki 5 indikator dan seluruh indikator tersebut telah mencapai target atau rata-rata capaian 100%.

16. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

SPM pelayanan pemulasaran jenazah memiliki 7 indikator dengan capaian rata-rata 57,1%. Masih belum capai 100% karena masih ada 3 indikator SPM yang belum capai target. Indikator yang belum capai yaitu ketersediaan fasilitas kamar jenazah tercapai 62,5% dari target 75%, waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah tercapai 32 menit dari target 15 menit dan kepuasan pelanggan tercapai 80,75% dari target 85% namun secara standar nasional capaian kepuasan pelanggan ini telah memenuhi standar (standar $\geq 80\%$).

17. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

SPM ini memiliki 6 indikator, dan ada 1 indikator yang belum capai target yaitu pada indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan. Capaian SPM pada pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit adalah 83,3%, nilai ini belum capai 100% karena masih kurangnya tenaga Teknisi Elektromedik yang dimiliki rumah sakit dan masih terbatasnya peralatan kerja yang dimiliki rumah sakit, terbatasnya perusahaan/ tenaga yang bisa melakukan kerjasama pemeliharaan.

18. Pelayanan Laundry

SPM ini memiliki 7 indikator dan seluruh indikator realisasinya capai target dan capaian SPM pelayanan laundry adalah 100%.

19. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

SPM ini memiliki 16 indikator, dan seluruh indikator telah capai target dengan capaian rata-rata 100%. Pada indikator karyawan mendapat pelatihan 20 jam pertahun dengan target $\geq 60\%$ dapat dicapai rumah sakit dengan cara memperbanyak kegiatan inhouse training.

20. Pelayanan Ambulans

SPM pelayanan ambulans memiliki 7 indikator, dengan capaian SPM pada pelayanan ambulance 85,7%, masih ada 1 indikator yang belum capai target, yaitu waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan realisasi 25,75 menit dari target 15 menit. Belum capainya ini disebabkan kurangnya jumlah sopir yang dimiliki rumah sakit sementara kegiatan rujukan yang dilaksanakan ada

pengantaran pasien pasca rawat inap, pengantaran jenazah dan rujukan pasien ke rumah sakit lanjutan.

21. Pelayanan Keamanan

SPM pelayanan keamanan memiliki 6 indikator dan ada 2 indikator yang belum capai yaitu pada indikator petugas keamanan bersertifikat keamanan. Dimana masih ada 1 tenaga security yang belum bersertifikat, dengan alasan yang bersangkutan sudah tua. Indikator lain yang belum capai adalah kepuasan pelanggan realisasi 89,08% dari target $\geq 90\%$. Rata-rata capaian SPM pelayanan keamanan adalah 66,7%.

BAB III

PENUTUP

Secara keseluruhan capaian SPM di RSUD I Lagaligo tahun 2023 adalah 83,4%, dimana tahun 2022 capaian SPM Rumah Sakit adalah 81,8%, ada peningkatan capaian dari tahun 2022 sebesar 1,6%. Jumlah keseluruhan indikator SPM di rumah sakit adalah 169 indikator dan dari semua indikator tersebut ada 141 indikator yang telah memenuhi target, masih ada sebanyak 28 indikator yang belum mencapai target. Jika mengacu pada Permenkes nomor 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal, meskipun 28 indikator yang belum capai target SPM namun ada 10 indikator yang telah mencapai Standar Pelayanan Minimal.

Dalam penetapan target SPM rumah sakit terdapat beberapa indikator yang tidak sesuai dengan indikator standar, dan kedepannya akan dilakukan revisi/ perbaikan.

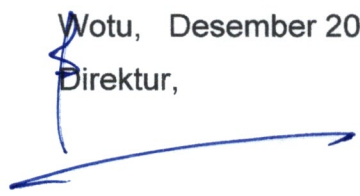
Adapun langkah-langkah yang akan dilakukan untuk meningkatkan kinerja dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pemenuhan capaian indikator dan target SPM rumah sakit diantaranya adalah melalui :

1. Tertib administrasi kegiatan pencatatan dan pelaporan SPM dari setiap unit kerja agar evaluasi pencapaian SPM RSUD I Lagaligo dapat dilakukan tepat waktu
2. Peningkatan Mutu Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan dengan menyediakan fasilitas pelayanan sesuai standar dan melakukan pemeliharaan sesuai standar dan tepat waktu.
3. Peningkatan Mutu Sumber Daya Manusia melalui diklat, workshop, monev, bimtek, sosialisasi, dll .
4. Penambahan tenaga/ SDM pada unit yang masih kekurangan tenaga sesuai anjabnya
5. Peningkatan manajemen resiko di setiap unit kerja agar pengendalian pencapaian target SPM
6. Penyediaan prasarana/ fasilitas pendukung pelayanan lainnya.

Demikian di laporkan, diharapkan program dan kegiatan yang telah dilaksanakan pada tahun 2023 ini dan langkah-langkan perbaikan pada bidang - bidang terkait akan dapat lebih meningkat capaian SPM pada tahun berikutnya, tentunya perlu dukungan semua pihak untuk meningkatkan capaian SPM menjadi 100%

Wotu, Desember 2023

Direktur,



dr. BENNY, M. Kes

NIP. 196806082001121003

REKAPITULASI CAPAIAN SPM RSUD I LAGALIGO

TAHUN 2023

NO	URAIAN	TARGET 2023	JUMLA H STAND AR	CAPAIAN STANDAR								RATA- RATA TAHUN 2023	KET
				TRIWULAN I		TRIWULAN II		TRIWULAN III		TRIWULAN IV			
				JLH	%	JLH	%	JLH	%	JLH	%		
BIDANG PELAYANAN													
1	Pelayanan Gawat Darurat	90%	8	7	87,5%	7	87,5%	7	87,5%	6	75,0%	83,8%	68
2	Pelayanan Rawat Jalan	90%	10	8	80,0%	8	80,0%	9	90,0%	9	90,0%		57
3	Pelayanan rawat Inap	90%	14	9	64,3%	11	78,6%	11	78,6%	10	71,4%		
4	Bedah Sentral	90%	11	11	100,0%	11	100,0%	11	100,0%	11	100,0%		
5	Persalinan & Perinatologi	90%	12	9	75,0%	10	83,3%	11	91,7%	11	91,7%		
6	Pelayanan Intensif	90%	7	4	57,1%	6	85,7%	5	71,4%	6	85,7%		
7	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	90%	6	2	33,3%	2	33,3%	3	50,0%	4	66,7%		
BIDANG PENUNJANG													
8	Pelayanan Radiologi	90%	7	6	85,7%	7	100,0%	7	100,0%	6	85,7%	80,6%	72
9	Pelayanan Lab & PK	90%	10	9	90,0%	9	90,0%	9	90,0%	9	90,0%		58
10	Pelayanan Rehab Medik	90%	5	5	100,0%	5	100,0%	5	100,0%	5	100,0%		
11	Pelayanan Transfusi Darah	90%	5	3	60,0%	3	60,0%	4	80,0%	4	80,0%		
12	Pelayanan Rekam Medik	90%	6	4	66,7%	4	66,7%	2	33,3%	2	33,3%		
13	Pelayaan Farmasi	90%	8	6	75,0%	5	62,5%	6	75,0%	6	75,0%		
14	Pelayanan Gizi	90%	6	5	83,3%	5	83,3%	5	83,3%	5	83,3%		
15	Pengelolaan Limbah	90%	5	4	80,0%	4	80,0%	5	100,0%	5	100,0%		
16	Pemulasaran jenazah	90%	7		4	57,1%	4	57,1%	5	71,4%	4		57,1%
17	Loundry	90%	7	7	100,0%	7	100,0%	7	100,0%	7	100,0%		
18	Pemeliharaan Sarana RS	90%	6	5	83,3%	5	83,3%	6	100,0%	5	83,3%		
BIDANG ADMINISTRASI & MANAJEMEN, SDM													
19	Adm & manaj	90%	16	16	100,0%	16	100,0%	16	100,0%	16	100,0%	89,7%	29
20	Ambulans	90%	7	4	57,1%	5	71,4%	6	85,7%	6	85,7%		26
21	Keamanan	90%	6	4	66,7%	5	83,3%	4	66,7%	4	66,7%		
CAPAIAN SPM RS		95%	169	132	78,1%	139	82,2	144	85,2	141	83,4	83,4	

Mengetahui
Direktur,

dr. Benny, M.Kes
NIP. 196806082001121003

Wotul, Desember 2023
Pengelola,

Umi Kulsum, S.ST, M.Kes
NIP. 1974010319932005

REKAPITULASI CAPAIAN SPM RSUD I LAGALIGO
TRIWULAN I S/D IV TAHUN 2023

NO	URAIAN	TARGET 2023	STANDAR	TW. I CAP	%	KET	TW. II CAP	TAHUN 2023	KET	TW. III CAP	TAHUN 2023	KET	TW. IV CAP	TAHUN 2023	KET
BIDANG PELAYANAN															
1	Pelayanan Gawat Darurat	90%	8	7	10,3%	68	7	87,5%	68	7	87,5%	68	6	75,0%	68
2	Pelayanan Rawat Jalan	90%	10	8	14,0%	50	8	80,0%	55	9	90,0%	57	9	90,0%	57
3	Pelayanan rawat Inap	90%	14	9	64,3%		11	78,6%		11	78,6%		10	71,4%	
4	Bedah Sentral	90%	11	11	100,0%		11	100,0%		11	100,0%		11	100,0%	83,8%
5	Persalinan & Perinatologi	90%	12	9	75,0%		10	83,3%		11	91,7%		11	91,7%	
6	Pelayanan Intensif	90%	7	4	57,1%		6	85,7%		5	71,4%		6	85,7%	
7	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	90%	6	2	33,3%		2	33,3%		3	50,0%		4	66,7%	
BIDANG PENUNJANG															
8	Pelayanan Radiologi	90%	7	6	8,3%	72	7	100,0%	72	7	100,0%	73	6	85,7%	72
9	Pelayanan Lab & PK	90%	10	9	15,5%	58	9	90,0%	58	9	90,0%	61	9	90,0%	58
10	Pelayanan Rehab Medik	90%	5	5	100,0%		5	100,0%		5	100,0%		5	100,0%	
11	Pelayanan Transfusi Darah	90%	5	3	60,0%		3	60,0%		4	80,0%		4	80,0%	
12	Pelayanan Rekam Medik	90%	6	4	66,7%		4	66,7%		2	33,3%		2	33,3%	
13	Pelayanan Farmasi	90%	8	6	800,0%		5	62,5%		6	75,0%		6	75,0%	80,6%
14	Pelayanan Gizi	90%	6	5	83,3%		5	83,3%		5	83,3%		5	83,3%	
15	Pengelolaan Limbah	90%	5	4	80,0%		4	80,0%		5	100,0%		5	100,0%	
16	Pemulasaran jenazah	90%	7	4	57,1%		4	57,1%		5	71,4%		4	57,1%	
17	Loundry	90%	7	7	100,0%		7	100,0%		7	100,0%		7	100,0%	
18	Pemeliharaan Sarana RS	90%	6	5	83,3%		5	83,3%		6	100,0%		5	83,3%	

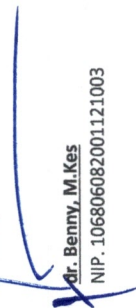
NO	URAIAN	TARGET 2023	STANDAR	TW. I CAP	%	KET	TW. II CAP	TAHUN 2023	KET	TW. III CAP	TAHUN 2023	KET	TW. IV CAP	TAHUN 2023	KET
BIDANG ADMINISTRASI & MANAJEMEN, SDM															
19	Adm & manaj	90%	16	16	55,2%	29	16	100,0%	29	16	100,0%	29	16	100,0%	29
20	Ambulans	90%	7	4	15,4%	24	5	71,4%	26	6	85,7%	26	6	85,7%	26
21	Keamanan	90%	6	4	66,7%		5	83,3%		4	66,7%		4	66,7%	
TOTAL		95%	169	132	78,1%		139	82,2		144	85,2		141	83,4	

Wotu, Desember 2023
Pengelola,



Umi Kulsum, S.T, M.Kes
NIP. 197401031993022005

Mengetahui
Direktur,



Dr. Benny, M.Kes
NIP. 106806082001121003

**PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2023**



RSUD I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2023**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	100%	75,0%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	95%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	83,58%	83,58%	83,58%	94,66%	
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	≤ 1menit	23,3 detik	23,5 detik	23,3 detik	22,6 detik	22,9 detik	23 detik	22,8 detik	22,9 detik	23,5 detik	23,7 detik	23,6 detik	23,9 detik	23,22 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	≤ 2/1000	2‰	2‰	2‰	2‰	2‰	2‰	7,86‰	4,71‰	2,87‰	3,40‰	6,76‰	8,50‰	5,05‰	
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	≥ 80%	88,01%	85,64%	88,01%	86,83%	89,64%	85,35%	86,53%	87,86%	82,69%	91,71%	90,97%	86,09%	87,44%	

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian											Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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 jenis & klasifikasi RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	(08.00-13.00) setiap hari kerja kecuali jumat (08.00-11.00)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	15 Menit	18,5 Menit	18 Menit	17,6 Menit	14 Menit	12 Menit	12 Menit	45 menit	39 menit	31 menit	34 menit	19 menit	29 menit	31,79 Menit
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan melalui pemeriksaan mikroskopik	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 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
8	Persepan obat sesuai Formularium	100 %	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%	100%
10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	95 %	95%	95%	95%	95%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

90,0%

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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	Sesuai	
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	100%	94%	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%	100%	
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	100%	88%	88%	81%	83%	84,5%	76%	83%	84%	79%	78%	88%	86%	83,20%	
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,01%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	0,01%	0,04%	0,03%	0,02%	0,04%	0,02%	0,03%	0,68%	0,83%	0,67%	0,60%	0,89%	0,86%	0,66%	
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%	
10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	1%	0,86%	0,70%	0,23%	0,47%	0,52%	0,47%	0,45%	0,52%	0,30%	0,52%	0,24%	0,70%	049%	
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	20‰	1,17%	0,53%	0,95%	0,56%	0,45%	0,47%	0,98%	0,52%	0,29%	0,75%	0,97%	0,10%	0,64%	
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	92%	92%	92%	92,15%	92,15%	92,15%	92,20%	90,47%	91,05%	91,02%	90,73%	91,02%	91,36%	90,41%	

71,4%

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	100,0%
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%	
3.	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
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	1 Hari	
5.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	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%	
7.	Tidak adanya kejadian tindakan pada operasi	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%	
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%	
10.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
11.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	82%	83,42%	82,24%	83,28%	82,54%	84,16%	82,98%	83,13%	83,28%	83,87%	84,16%	83,72%	83,28%	83,33%	

 Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	91,7%
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An	Tersedia	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%	100%	
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	20%	51,44%	30,44%	27,10%	17,37%	24,89%	20,18%	24,63%	25,75%	22,05%	24,56%	18,53%	19,77%	27,06%	
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%	
8	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan																
	a. Perdarahan	≤ 1%	0.3%	0.33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,05%	
	b. Pre-Eklampsia	≤ 30%	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%	
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	85%	84,46%	85,79%	87,49%	85,2%	85,49%	85,49%	86,83%	85,35%	85,5%	86,09%	86,09%	85,12%	85,74%	

6. Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan intensif	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	90%	90%	90%	85%	85%	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%
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%
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	≤ 21 %	0,03%	0,04%	0,02%	0,03%	0,03%	0,03%	0,03%	5,63%	7,60%	1,78%	2,61%	4,32%	2,46%	4,05%
6.	Rata-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam	≤ 3 %	0,06%	4,76%	0%	4,76%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	77%	83,43%	84,16%	83,72%	82,98%	82,39%	82,83%	83,28%	83,72%	83,87%	83,43%	83,72%	84,02%	83,46%

85,7%

7. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Adanya Anggota PPI yang Terlatih	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75,86%	75,86%	100%	77,87%	66,7%	
2.	Ketersediaan APD disetiap instalasi/ departemen	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
3.	Rencana Program PPI	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
4.	Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
5.	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96,93%	98,79%	98,76%	99,36%	99,31%		95,67%
6.	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/HA (Health Care Associated Infection) di RS	≥75%	100%	62,5%	81,8%	72,7%	81,8%	81,8%		90,9%	100%	100%	100%	100%	100%		

8. Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	100%	
	b. Tehnik kefarmasian		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%	
3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 Thn.	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	75,0%
4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	15 Menit	15,5 Menit	14,75 Menit	14 Menit	14 Menit	13,20 Menit	13 Menit	21,98 Menit	16,95 Menit	18,64 Menit	14,67 Menit	16,03 Menit	18,34 Menit	19,3 Menit	
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	35 Menit	35,15 Menit	35,10 Menit	35 Menit	34,5 Menit	33,75 Menit	33,20 Menit	47,44 Menit	36,98 Menit	25,94 Menit	20,79 Menit	27,47 Menit	28,75 Menit	37,46 Menit	
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	85%	84,5%	84,8%	85%	85%	85,5%	85,5%	85,64%	86,09%	87,12%	88,01%	86,09%	87,12%	85,72%	

9. Gizi

No	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	83,3
2.	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
3.	Ketepatan pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	94%	92%	94%	96%	100%	94%	95,5%	
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 %	10%	10%	10%	8%	10%	6%	10%	12%	10%	8%	10%	6%	4%	8,6%	
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	86,3%	86,6%	87%	87,3%	87,3%	87,6%	88%	88,4%	88,4%	88,5%	88,8%	88,9%	87,7%	

10. Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS (Dokter Spesialis)	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	100,0%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS Aplikasi Aspak	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%	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	85%	90,08%	86,68%	90,08%	81,35%	86,83%	86,24%	86%	79%	87%	88.60%	84.90%	84.16%	86%	

11. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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	100,0%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limbah rumah sakit	Sesuai peraturan perundangan	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%	
4.	Pengelolaan limbah padat	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	1a. BOD < 20,6 mg/l 1b. COD <32 mg/l 1c. TSS<7 mg/l 1d. PH 7,2	-	-	-	-	-	1a. BOD < 12,51 mg/l 1b. OD<30,84 mg/l 1c. TSS< 1,77 mg/l 1d. PH 7,89	-	-	-	-	-	-	1a. BOD < 12,51 mg/l 1b. COD<30,84 mg/l 1c. TSS< 1,77 mg/l 1d. PH 7,89	

12. Pemulasaraan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Ketersediaan pelayanan pemulasaran 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	57,1%
2.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	75%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	
3.	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
4.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	14,5 Menit	14 Menit	10 Menit	15 Menit	12 Menit	15 Menit	15 Menit	10 Menit	32 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%	
6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	80,5%	80,2%	80,15%	81,20%	82,60%	82,64%	80,75%	

14. Pelayanan Laundry

[illegible]

15. Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW VI	Capaian Tahun 2023
				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%	
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	62,50%	68,75%	68,75%	62,50%	62,50%	62,50%	51,98%	
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	60 Menit	34,44 Menit	35 Menit	35,24 Menit	35,08 Menit	33,54 Menit	35,32 Menit	35,56 Menit	35,22 Menit	34,82 Menit	35,48 Menit	34,26 Menit	35,58 Menit	34,96 Menit	
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	85,7%
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	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%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	79,58%	79,73%	84,90%	84,90%	84,90%	84,90%	79,28%	82,98%	82,83%	86,24%	75,59%	77,66%	80,95%	

16. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 202
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dokter Spesialis Patologi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90,0%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik	100 % (Aplikasi Aspak)	100%	73,91%	73,91%	73,91%	73,91%	73,91%	73,91%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	60 menit	51,55 Menit	52,36 Menit	57,86 Menit	55,23 Menit	56,2 Menit	56,65 Menit	57,31 Menit	55,25 Menit	56,31 Menit	54,22 Menit	53,26 Menit	56,45 Menit	55,22 Menit	
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	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	
6.	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
7.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9.	Kesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
10.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	86,09%	86,83%	86,24%	86,83%	85,53%	87,12%	86%	87%	87%	86.52%	87.31%	85.64%	86,52%	

17. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	95%	95%	90%	100%	100%	100%	100%	80,0%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS (Aplikasi Aspak)	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
3.	Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01 \%$	0,05%	5,35%	0,63%	0,31%	3,12%	2,16%	2,77%	0,64%	0,68%	1,97%	1,21%	0,19%	1,55%	2%	
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	86%	85.64%	85.50%	85.64%	85 %	

18. Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahum 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan (SIM RS Online Permenkes 24 Tahun)	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	3 Menit	3 Menit	2,47 Menit	3 Menit	3 Menit	3 Menit	3 Menit	8,45 menit	5,21 menit	4,59 menit	3,07 Menit	3,13 Menit	5,5 Menit	4,86 Menit	
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	8 Menit	8 Menit	7,68 Menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	12,87 menit	11,65 menit	11,45 menit	10,8 Menit	10,4 Menit	12,51 Menit	11,39 Menit	33,3%
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	20%	12%	20%	4%	40 %	44%	34%	14%	50%	45%	
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100%	100%	100%	100%	90%	68%	62%	62%	76%	68%	100%	72%	80%	82%	
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	81,5%	82,16%	84,52%	84,97%	81,42%	78,76%	85,70%	79%	81%	85%	80,68%	82,01 %	86%	83%	

19. Administrasi dan Manajemen

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Kelengkapan pengisian jabatan	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100,0%
2.	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
3.	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
4.	Adanya daftar urutan kepengkangan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
5.	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
6.	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
7.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	
8.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
9.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	
10.	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
11.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	
12.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 Menit	30 menit	30 menit	30 Menit	30 menit	30 menit	30 menit	
13.	Cost Recovery	≥ 60 %	≥ 60%	54%	66%	23%	95%	109%	100%	96%	163%	14%	80%	267%	67%	94%	

[illegible]

20. Ambulans

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil	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	24Jam	85,7
2.	Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenasah	Supir ambulance terlatih	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
3.	Ketersediaan mobil ambulance dan mobil jenasah	Mobil ambulance dan jenasah terpisah	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenasah di rumah sakit	≤ 30 Menit	25 Menit	20 Menit	30 Menit	27 Menit	25 Menit	25 Menit	25 Menit	20 Menit	27 Menit	25 Menit	25 Menit	25 Menit	25 Menit	24,91 Menit	
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	15 Menit	29 Menit	20 Menit	25 Menit	25 Menit	26 Menit	26 Menit	25 Menit	28 Menit	28 Menit	25 Menit	26 Menit	26 Menit	25,75 Menit	
6.	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenasah yang menyebabkan kecelakaan atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	85%	

21. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Petugas keamanan bersertifikat	100%	97%	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%	66,7%
2.	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
3.	Petugas keamanan melakukan kelling	Setiap Jam	75%	75%	75%	75%	80%	80%	80%	75%	80%	75%	80%	75%	80%	83,75%	
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	
5.	Tidak adanya barang milik pasien.pengunjung.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	90%	90%	80%	89%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	89,08 %	

Mengetahui
Direktur,

Wotu, Desember 2023
Pengelola SPM

dr. Benny, M.Kes

Nip. 19680608 200112 1 003

Umi Kulsum, S.ST., M.Kes

Nip. 19740103 199302 2 005