

**PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2017**



RSUD I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2017**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Kemampuan menangan life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	16,5 det	14,5 det	16,2 det	16 det	16,5 det	16,3 det	16,5 det	16,3 det	8.25 det	16,54 det	16,5 det	16,5 det	15.55 det
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	0,32/1000	0,34/1000	0,16/1000	0/1000	0,33/1000	0,78/1000	0,48/1000	0,78/1000	1,3 /1000	1,32/1000	4,8 /1000	0,25/1000	0.9/1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	94,2%	94,8%	93,5%	95,4%	93,5%	95,4%	80,02 %	76,03%	81,35%	79,14%	80,76%	79,58%	86,97%

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan														
	a. Mata	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	b. Bedah	Tersedia	Tersedia	Trsedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	c. Obgin	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	d. Kulit & Kelamin	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	e. Anak	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	f. THT	Tersedia	Tersedia	Trsedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	g. Umum	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	h. Penyakit Dalam	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	i. Gigi Anak	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	j. Neuro	Tersedia	Tersedia	Trsedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	k. Gigi Dewasa	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
2	Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter	87,09 %	87,09 %	85,65 %	70,04 %	99,95 %	99,99 %	84,18 %	85,03 %	76,53 %	86,19 %	84,61 %	87,13 %	86,12%
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	28,5 mnt	36,13 mnt	27,22 mnt	30,71 mnt	31,45 mnt	28,23 mnt	29,25 mnt	27,45 mnt	29,42 mnt	27,94 mnt	27,22 mnt	27,72 mnt	29,27 mnt
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan pemeriksaan mikroskopik	100 %	49,28%	40,52%	57,04%	30,38%	42,57%	31,53%	71,85%	100%	100%	100%	94,54%	90,47%	80%
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	Triwulan	Triwulan	54,6%	Triwulan	Triwulan	54,6%	Triwulan	Triwulan	72,44%	Triwulan	Triwulan	92,78%	80%

		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
8	Peresepan obat sesuai Formalarium	100 %	90%	94%	98%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98,33%
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 %	90,9%	92,1%	97,2%	95,7%	73,1%	78,80%	79,25%	85,31%	79,69 %	83,24%	79,25%	84,87%		85%

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahunan 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat inap														
	a. Anak	Tersedia	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	b. Penyakit Dalam	Tersedia	Tersedi	Trsedia	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	c. Kebidanan	Tersedia	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
	d. Bedah	Tersedia	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedi	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
2	Pemberi pelayanan rawat inap														
	a. 100 % Dokter spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	b. 100 % Perawat minimal DIII	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
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	08.00 s/d 14.00	94,18%	98,72%	92,97%	81,42%	85,85%	85,17%	85,36%	82,08%	94,46 %	93,77%	90,81%	85,16%	89.16 %
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	0%	0,62%	0,79%	0,43%	0,43%	1,16%	1,46%	0%	0%	0%	0%	0,41 %
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	5,30 %	2,87%	3,99%	4,65%	3,62%	3,91%	3,02%	1,91%	2,92 %	3,04 %	1,65 %	2,25 %	3,17%
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 DOTS	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	34,12	Triwulan	Triwulan	13,33	Triwulan	Triwulan	38,89 %	46,58 %
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%	2,51%	2,23%	2,10%	1,77%	1,51%	1,34%	1,70%	1,13%	1,15%	1,36%	1,48%	0,88%	1,57%
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,013%	0,007%	0,011%	0,006%	0,010%	0,012%	0,006%	0,005%	0,008%	0,002%	0,007%	0,005%	0.008 %
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	94,5%	94,5%	95,1%	95,1%	80,1%	80,9%	85,83%	85,94%	86,82%	93,76%	93,79%	93,01%	90 %

4. Bedah Sentral			Pencapaian												Capaian Tahun 2017
No.	Indikator	Standar	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	87,4%	87,4%	87,4%	87,4%	87,4%	87,4%	87,4%	87,4%	87,4%	87,4%	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	1,025 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	≥ 90%	95,5%	95,5%	95,1%	95,1%	84,40%	84,40%	85,54%	87,51	85,35%	81,21%	82,69 %	85,35%	90%

5. Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
	Pemberi pelayanan persalinan normal														100%
1.	a. Dokter Sp. OG	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c. Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tersedia
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi														
	a. Dokter Sp. OG	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b. Dokter Sp. A	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c. Dokter Sp. An	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	100%	100%	100%	100%	78%	94%	95%	90,90%	100%	77%	100%	100%	94,57%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	70%	100%	100%	70%	100%	100%	71%	100%	80%	100%	80%	89,25%
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	7,97%	14,39%	13,37%	13,40%	8,15%	8,75%	14,03%	9,30%	15,60%	21,08%	28,57%	22,42%	14,75%
7.	Pelayanan Kontrasepsi Mantap yang dilakukan oleh Tenaga Kompeten	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan														
	a. Perdarahan	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	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%
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	98,8%	98,8%	99,5%	98,4%	85,7%	90,31%	96,83%	88,24%	80,81%	80,25%	80,55%	80,85%	90,1%

6. Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2017
			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 dengansertifikat mahir 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 %	11,5%	11,62%	8,62%	21,95%	12,12%	29,54%	10,41	17,64%	33,33 %	21,05 %	26,31 %	19,23%	18,61%
6.	Rata-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam	≤ 3 %	0%	2,30%	1,70%	4,80%	1,70%	4,80%	0,02%	0%	0%	0%	2,08%	0%	1,45%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	89,5%	89,5%	95,1%	95,1%	74,1%	74,11%	80,83%	80,94 %	81,82 %	82,83%	82,69 %	81,80 %	84,02%

7. Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2017
			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	27,14 Mnt	27,66 Mnt	28 Mnt	27,6 Mnt	31,14 Mnt	28,56 Mnt	29,56 Mnt	28,26 Mnt	29,4 Mnt	28,9 Mnt	31,48 Mnt	29,14 Mnt	28,8 menit
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0%	0%	0%	0 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
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.	Kepuasanpelanggan	≥ 80%	90%	94%	96,2%	94,7%	77,51%	76,33 %	76,92%	76,77	75,14 %	74,11 %	74,25 %	74,99 %	81,74%

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dr.Sp.PK, Analisis	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	80,36 mnt	74,24 mnt	91,92 mnt	49 mnt	52,76 mnt	48,9 mnt	51,54 mnt	58,16 mnt	51,18 mnt	48,9 mnt	40,38 mnt	46,46 mnt	57,8 mnt
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan	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 ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	54,98%	45,18%	40,27%	54,98%	76,05%	75,54%	54,3%	57,84%	53,43 %	37,26 %	0%	32,72 %	46,39%
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 %	90%	94%	96,2%	94,7%	81,02%	81,06%	75,59%	77,95%	79,28%	76,62%	78,25%	76,62 %	83,44%

9.Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medk	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
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%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	90%	94%	96,2%	94,7%	94,7%	79,58%	79,58%	83,57%	78,40 %	78,4%	81,95 %	75,88 %	85.77%

10. Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			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. Teknik 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 racikan	≤ 60 menit	22,64 Mnt	25,7 Mnt	24,32 Mnt	23,28 Mnt	24,32 Mnt	23,28 Mnt	22,56 Mnt	21,16 Mnt	18,18 Mnt	20,34 Mnt	22,62 Mnt	23,38 Mnt	22,64 Mnt
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Kepuasan pelanggan	≥80%	90%	94%	96,2%	94,7%	79,4%	74,11%	72,04%	73,37%	74,40 %	72,18%	71,44%	71,59	80,28%

11. Gizi

	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			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 fasilitas dan peralatan pelayanan Gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	64%	64%	64%	64%	64%	64%	64%	64%	64%	64%	64%	64%	64%
3.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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 %	24%	18%	20%	16%	16%	18%	18%	16%	16%	16%	18%	16%	17,67%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	95%	98%	98,2%	94,7%	97,2%	94,7%	73,75%	78,96%	78,40%	78,96 %	78,96 %	78,96%	80%

12. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			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	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%	92,15%
3.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	90%	94%	96,2%	94,7%	70,40%	81,06%	81,8%	82,39%	79,14 %	90,69%	84,61%	85,35%	85,86%

13. Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
2.	Kebijakan RS untuk pelayanan pasien keluarga miskin	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
3.	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan	≤ 15 Menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit
4.	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Pasien keluarga miskin yang dilayani	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%	94%	96,2%	94,7%	90%	94%	81,8%	82,39%	83,04%	91,7 %	81,8%	82,39%	88,50%

14.Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai dengan persyaratan kelas RS	17.64%	17.64%	17.64%	17.64%	17.64%	17.64%	17.64%	17.64%	17.64 %	17.64%	17.64%	17.64 %	17.64%
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayan rawat jalan	≤ 10 Menit	7,16 Mnt	7,19 Mnt	7,21 Mnt	7,18 Mnt	7,15 Mnt	7,17 Mnt	7,26 Mnt	7,25 Mnt	7,37 Mnt	7,22 Mnt	7,14 Mnt	7,38 Mnt	7,22 Mnt
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	12,27 Mnt	12,23 Mnt	12,12 Mnt	11,94 Mnt	12,16 Mnt	12,20 Mnt	12,16 mnt	12,39 Mnt	12,19 Mnt	12,20 Mnit	12,11M nt	11,92 Mnt	12,14 Mnt
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%	94%	96,2%	94,7%	96,2%	94,7%	81%	80.20%	78,37 %	74,99%	74,40%	76,92 %	85,97%

15. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Adanya Penanggung jawab pengelolaan limbah Rumah Sakt	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit dan Permenkes No. 1204 thn 2004	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
2.	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limbah rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit dan Permenkes No. 1204 thn 2004	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Pengelolaan limbah cair	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit dan Permenkes No. 1204 thn 2004	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Pengelolaan limbah padat	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit dan Permenkes No. 1204 thn 2004	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
5.	Baku mutu limbah cair	100%	Triwulan	Triwulan	BOD=3,3 8Mg/l COD=6,9 5 Mg/l Mg=6 Mg/dl	Triwulan	Triwulan	BOD=3,3 8Mg/l COD=6,9 5 Mg/l Mg=6 Mg/dl	Triwulan	Triwulan	BOD=3,3 8 mg/l COD=6,9 5 mg/l Mg=6 mg/l	Triwulan	Triwulan	BOD=3,3 8 mg/l COD=6,9 5 mg/l Mg=6 mg/l	BOD=3,38 mg/l COD=6,95 mg/l Mg=6 mg/l

16. Administrasi dan Manajemen

[illegible]

17.Ambulans

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			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.	Ketersedian mobil ambulance dan mobil jenazah	Mobil ambulance dan jenazah ternisah	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	6 Menit	7 Menit	5 Menit	6 Menit	6,5 Menit	7 Menit	11.59Mnt	1.08 Menit	31,96 Mnt	7 menit	15 Menit	52,7 Menit	13,06 menit
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	27,7 Menit	38,5 Menit	26,23 Menit	18,92 Menit	18,25 Menit	6,55 Menit	18 Menit	18 Menit	20 Menit	18 menit	20 Menit	22,7 Menit	21.07 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%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%	94%	96,2%	94,7%	94,7%	95,4 %	80,20%	80.25%	82,05 %	94,7%	90%	94,7%	90,57%

18. Pemulasaraan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Keterrediaan 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
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 pemulasaran jenazah	≤ 15 Menit	1,47 Mnt	1.41 Mnt	1,42 Mnt	1,13 Mnt	1.42 Mnt	1.32 Mnt	1.33 Mnt	1.08 Mnt	1.33 Menit	1.30 Menit	1.2 Menit	1.6 Menit	1.3 menit
5.	Perawata 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 %	90%	94%	96,2%	94,7%	96,2%	94,7%	81,08%	82,39%	83,22%	90%	94%	94,2%	90,89%

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

[illegible]

20. Pelayanan Laundry

[illegible]

21.Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

[illegible]

22. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2017
			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
3.	Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit	Setiap jam	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Tersedia
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	100%	72%	69%	92,75%	100%	100%	100%	100%	99,97%	99,88%	100%	99,97%	94,46%
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	93%	94%	91%	95%	94%	96%	91%	91,03%	94,73%	76,97%	87,27%	78,75%	90%

Wotu, 05 Januari 2018

Direktur RSUD I Lagaligo



dr.Hj.Rosmini Pandin MARS

NIP.19690909 200112 2 001