

**LAPORAN EVALUASI
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
TAHUN 2018 (TW I,II,III,IV)**



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNDATA**

Jl. R.E. MartadinataKec. Palu Timur Kel. Tondo Telp/ (0451) 4908020

PALU 94119

Lampiran :

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) TRIWULAN I, II, III ,IV RSUD UNDATA TAHUN 2018

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100%	99%	99%	99%	99%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			2. Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%	0,34%	0,34%	0,34%	0,45%	
			3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	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	
		Proses	5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	5Menit	3''- 5''	3''- 5''	3''- 5''	3''- 5''	
			6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤8 jam)	≤ 2/1000	0,008	0,003	0,010	0,013	
		Outcome	8. Kepuasan pasien	< 70%	80 %	80 %	80 %	80 %	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
2.	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan Pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	1.Klinik PD I 2.Klinik PD II 3.Klinik PD III 4. KlinikAnak 5. KlinikOrtopedia 6. KlinikObgyn 7. KlinikBedah 8. KlinikTumbang 9. KlinikBedahUmum 10. Klinik THT 11. Klinik GIGI 12. KlinikBedahMulut 13. KlinikKulkel 14. KlinikCardiologi 15. KlinikPsikiatri/jiwa 16. Klinik Mata 17. KlinikSaraf 18. KlinikPsikologi 19. Klinik TB Paru 20. KlinikUrologi 21. KlinikBedahsaraf 22. KlinikPsikologi 23. KlinikGizi 24. Klinik VCT 25. Klinik Anastesi 26. Heamodialisa 27. RehabilitasiMedik	1.Klinik PD I 2.Klinik PD II 3.Klinik PD III 4. KlinikAnak 5. KlinikOrtopedia 6. KlinikObgyn 7. KlinikBedah 8. KlinikTumbang 9. KlinikBedahUmum 10. Klinik THT 11. Klinik GIGI 12. KlinikBedahMulut 13. KlinikKulkel 14. KlinikCardiologi 15. KlinikPsikiatri/jiwa 16. Klinik Mata 17. KlinikSaraf 18. KlinikPsikologi 19. Klinik TB Paru 20. KlinikUrologi 21. KlinikBedahsaraf 22. KlinikPsikologi 23. KlinikGizi 24. Klinik VCT 25. Klinik Anastesi 26. Heamodialisa 27. RehabilitasiMedik	1.Klinik PD I 2.Klinik PD II 3.Klinik PD III 4. KlinikAnak 5. KlinikOrtopedia 6. KlinikObgyn 7. KlinikBedah 8. KlinikTumbang 9. KlinikBedahUmum 10. Klinik THT 11. Klinik GIGI 12. KlinikBedahMulut 13. KlinikKulkel 14. KlinikCardiologi 15. KlinikPsikiatri/jiwa 16. Klinik Mata 17. KlinikSaraf 18. KlinikPsikologi 19. Klinik TB Paru 20. KlinikUrologi 21. KlinikBedahsaraf 22. KlinikPsikologi 23. KlinikGizi 24. Klinik VCT 25. Klinik Anastesi 26. Heamodialisa 27. RehabilitasiMedik	.Klinik PD I 2.Klinik PD II 3.Klinik PD III 4. KlinikAnak 5. KlinikOrtopedia 6. KlinikObgyn 7. KlinikBedah 8. KlinikTumbang 9. KlinikBedahUmum 10. Klinik THT 11. Klinik GIGI 12. KlinikBedahMulut 13. KlinikKulkel 14. KlinikCardiologi 15. KlinikPsikiatri/jiwa 16. Klinik Mata 17. KlinikSaraf 18. KlinikPsikologi 19. Klinik TB Paru 20. KlinikUrologi 21. KlinikBedahsaraf 22. KlinikPsikologi 23. KlinikGizi 24. Klinik VCT 25. Klinik Anastesi 26. Heamodialisa 27. RehabilitasiMedik	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	
		Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 – 11.00	- Senin & Kamis 07.15.s.d 13.00 - Jumat 07.15 s.d 11.00 - Sabtu 07.15 s/d 12.00 - Senin s/d Sabtu 07.00 s/d 21.00 (Pelayanan HD)	- Senin & Kamis 07.15.s.d 13.00 - Jumat 07.15 s.d 11.00 - Sabtu 07.15 s/d 12.00 - Senin s/d Sabtu 07.00 s/d 21.00 (Pelayanan HD)	- Senin & Kamis 07.15.s.d 13.00 - Jumat 07.15 s.d 11.00 - Sabtu 07.15 s/d 12.00 - Senin s/d Sabtu 07.00 s/d 21.00 (Pelayanan HD)	Senin & Kamis 07.15.s.d 13.00 - Jumat 07.15 s.d 11.00 - Sabtu 07.15 s/d 12.00 - Senin s/d Sabtu 07.00 s/d 21.00 (Pelayanan HD)	
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	
		5. Penegakkan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	100% (TCM)	100 %	100 %	100 %		
		Output	6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	
		Output	8. Peresepan obat sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≤ 60%	60 %	60 %	60 %	60 %	

			10. Kepuasan Pasien	≥ 90%	76,65 %	76,65 %	76,65 %	76,65 %	
No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
3.	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan Pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS	Sesuai 100 %	Sesuai 100 %	Sesuai 100 %	Sesuai 100 %	KepalaIn stalasi Rawat Inap
			2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis, dan kelas RS	Sesuai 100 %	Sesuai 100 %	Sesuai 100 %	Sesuai 100 %	
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	
		Proses	4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	41,80 %	41,80 %	41,80 %	41,80 %	
			5. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	
			6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	Sesuai Standar 08.00 s/d 14.00	Sesuai Standar 08.00 s/d 14.00	Sesuai Standar 08.00 s/d 14.00	Sesuai Standar 08.00 s/d 14.00	
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	1,19 %	2,06 %	3,10 %	2,86 %	
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	a. Angka phlebitis = 0,89 % b. Angka ISK = 0, % c. Angka Decubitus = 0 %	0 %	0 %	0 %	
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan	100%	9,56 %	6,19 %	7,32 %	3,37 %	

			strategi DOTS						
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	$\geq 60\%$	100 %	100 %	100 %	100 %	
	Output		12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh*	$\leq 5\%$	2,6 %	3,5 %	3,3 %	2,1 %	
			13. Kematian pasien ≥ 48 jam	$\leq 24/1000$	17,58 0/00	18,74 0/00	18,85 0/00	24,04 0/00	
	Outcome		14. Kepuasan pasien	$\geq 90\%$	76,65 %	76,65 %	76,65 %	76,65 %	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
4.	Pelayanan Bedah Central	input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
			3. Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
			4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≥ 2 hari	≥ 2 hari	≥ 2 hari	
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
		Proses	6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
			9. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
		Outcome	11. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	≥ 85 %	≥ 80 %	≥ 80%	≥80 %	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ	
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV		
5.	Persalinan dan perinatologi	Input	1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG/ Dokter umum/Bidan	32,8 %	33,6 %	42,6 %	46,4%	Kepala SMF Kebidanan
			2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK Terlatih	33,8 %	25,8 %	22,9 %	28,0 %	
			3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter Sp.OG, Dokter SPA, Dokter Sp.An	33,4 %	40,6 %	34,5 %	25,6 %	
			4.	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%	83,3 %	79,3 %	92,2 %	87,2 %	
			5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	95,2 %	92,2 %	91,5 %	97,1 %	
		Proses	6.	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20%	29,6 %	29,7 %	29,1 %	16,1 %	
			7.	Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
			8.	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
		Output	9.	Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %	a. 0 % b. 0 % c. 0 %	a. 0 % b. 0 % c. 0 %	a. 0,4% b. 1,3% c. 0 %	a. 1,1 % b. 0 % c. 0 %	
		Outcome	10.	Kepuasan pasien	≥ 80 %	85 %	85 %	85 %	85 %	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ		
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV			
6.	Pelayanan intensif	Input	1. Pemberi pelayanan 2. Jumlah tenaga dokter SpAn dan tenaga perawat dengan sertifikat mahir ICU	100%	1. Jumlah dokter SpAn = 7 orang 2. Jumlah staf Perawat = 61 orang 3. Jumlah staf perawat dengan sertifikat mahir ICU = 0%	1. Jumlah dokter SpAn = 7 orang 2. Jumlah staf Perawat = 61 orang 3. Jumlah staf perawat dengan sertifikat mahir ICU = 0%	1. Jumlah dokter SpAn = 7 orang 2. Jumlah staf Perawat = 61 orang 3. Jumlah staf perawat dengan sertifikat mahir ICU = 0%	1. Jumlah dokter SpAn = 7 orang 2. Jumlah dokter KIC = 61 orang 3. Jumlah staf perawat dengan sertifikat mahir ICU = 0%	Kepala Instalasi ICU		
					Proses	3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	1;1	1. Jumlah tempat Tidur ICU = 27 bed 2. Jumlah monitor ICU = 14 monitor (1;1) 3. Jumlah ventilator = 3 unit (3;1)		1. Jumlah tempat Tidur ICU = 27 bed 2. Jumlah monitor ICU = 12 monitor (3;1) 3. Jumlah ventilator = 3 unit (3;1)	1. Jumlah tempat Tidur ICU = 26 bed 2. Jumlah monitor ICU = 9 monitor (1;1) 3. Jumlah ventilator = 2 unit (5;1)
		4. Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	100% (sesuai jumlah staf dan dokter yang melakukan visite di ICU)				100% (sesuai jumlah staf dan dokter yang melakukan visite di ICU)		100% (sesuai jumlah staf dan dokter yang melakukan visite di ICU)	100% (sesuai jumlah staf dan dokter yang melakukan visite di ICU)
		5. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	1. Jumlah pasien yang dirawat = 362 orang				1. Jumlah pasien yang dirawat = 362 orang		1. Jumlah pasien yang dirawat = 318 orang	1. Jumlah pasien yang dirawat = 318 orang

					2. Jumlah yang mengalami INOS = 0,0%	2. Jumlah yang mengalami INOS = 0,00%	2. Jumlah yang mengalami INOS = 0,05%	2. Jumlah yang mengalami INOS = 0,05%	
	Output	6. Pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	≤ 3%	1. Jumlah pasien yang dirawat= 362 orang 2. Jumlah pasien yang kembali= 0%	1. Jumlah pasien yang dirawat= 362 orang 2. Jumlah pasien yang kembali= 0%	1. Jumlah pasien yang dirawat= 300 orang 2. Jumlah pasien yang kembali= 0%	1. Jumlah pasien yang dirawat= 318 orang 2. Jumlah pasien yang kembali= 0 orang (= 0%)		
	Outcome	7. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	76,65 %	76,65 %	76,65 %	76,65 %		

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
7.	Pelayanan Radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	100%	100%	100%	100 %	Kepala Instalasi Radiologi
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS	85%	85%	85%	85%	
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	20 jam & 26 menit	20 jam & 17 menit	21 jam & 18 menit	18 jam & 3 menit	
			4. Kerusakan foto	≤ 2%	1%	1%	0,2%	0,1 %	
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label.	100 %	100%	100%	100%	100 %	
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi	100%	100%	100 %	100 %	
		Outcome	7. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	73%	73%	73 %	77%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
8.	Pelayanan patologi klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	SpPK dan Analisis Kesehatan	Dokter SpPK dan Analisis Kesehatan	Dokter SpPK dan Analisis Kesehatan	Dokter SpPK dan Analisis Kesehatan	Dokter SpPK dan Analisis Kesehatan	Kepala Instalasi Laboratorium
			2. Ketersediaan Fasilitas dan peralatan	Mesin dan Peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan baik cito maupun sentral efektif	Peralatan cukup untuk pelayanan pada Lab Cito dan Sentral, memiliki 2 alat hematologic analyzer dan 2 chemiatory analyzer serta penunjang analisa lainnya	Peralatan cukup untuk pelayanan pada Lab Cito dan Sentral, memiliki 2 alat hematologic analyzer dan 2 chemiatory analyzer serta penunjang analisa lainnya	Peralatan cukup untuk pelayanan pada Lab Cito dan Sentral, memiliki 2 alat hematologic analyzer dan 2 chemiatory analyzer serta penunjang analisa lainnya	Peralatan cukup untuk pelayanan pada Lab Cito dan Sentral, memiliki 2 alat hematologic analyzer dan 2 chemiatory analyzer serta penunjang analisa lainnya	
		Proses	3. Waktu tunggu pelayanan laboratorium patologi klinik	Waktu tunggu hasil dari mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi ≤ 120 menit	a. Rawat Jalan poliklinik RS ≤ 120 menit b. Rawat Inap ≥ 120 menit	a. Rawat Jalan poliklinik RS ≤ 60 menit b. Rawat Inap ≥ 120 menit	a. Rawat Jalan poliklinik RS ≤ 120 menit b. Rawat Inap ≥ 120	a. Rawat jalan poliklinik RS ≥ 120 menit Tercapai ± 100% b. Rawat	

							menit	inap ± 60 % tercapai	
			4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	Kejadian tertukar specimen pemeriksaan orang yang satu dengan orang lain 100%	100 % tidak pernah terjadi tertukar specimen	100 % tidak pernah terjadi tertukar specimen	100 % tidak pernah terjadi tertukar specimen	100 % tidak pernah terjadi tertukar specimen	
			5. Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	Ketersediaan pelayanan pemeriksaan akrlining HIV- AIDS	Tersedia akrlining Diagnostik dengan uji diagnosis	Tersedia akrlining Diagnostik dengan uji diagnosis	Tersedia akrlining Diagnostik dengan uji diagnosis	Tersedia akrlining Diagnostik dengan uji diagnosis	
			6. Kemampuan Mikroskopis TB Paru	tersedianya pemeriksaan Mikroskopis TBC, Paru	tersedia pemeriksaan mikroskopik, BTA dan Tersedia Alat TCM (Tes cepat molekular)	tersedia pemeriksaan mikroskopik, BTA dan Tersedia Alat TCM (Tes cepat molekular)	tersedia pemeriksaan mikroskopik, BTA dan Tersedia Alat TCM (Tes cepat molekular)	tersedia pemeriksaan mikroskopik, BTA dan Tersedia Alat TCM (Tes cepat molekular)	
		Output	7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter spesialis Patologi Klinik	Dokter Spesialis patologi klinik	Dokter Spesialis patologi klinik	Dokter umum Bersertifikat	Dokter spesialis Patologi klinik (SpPK)	
			8. tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	Tidak terjadinya kesalahan administrasi laboratorium dalam penyerahan hasil	100% tidak pernah terjadi kesalahan penyerahan hasil	100% tidak pernah terjadi kesalahan penyerahan hasil	100% tidak pernah terjadi kesalahan penyerahan hasil	100% tidak pernah terjadi kesalahan penyerahan hasil	
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	Baku mutu eksternal pelayanan laboratorium oleh pihak luar	Mengikuti PME dari DEPKES (hasil PME dengan nilai baik)	Mengikuti PME dari DEPKES (hasil PME dengan nilai baik)	Mengikuti PME dari DEPKES (hasil PME dengan nilai baik)	Mengikuti PME dari DEPKES (hasil PME dengan nilai baik)	
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	95,3%	95,5%	95,5%	95,55%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe B	Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	Kepala Rehabilitasi Medik
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe B	Belum Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	Belum Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	Belum Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	Belum Sesuai Standar Rumah Sakit tipe B	
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
		Output	4. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %	0,006%	0,010%	0,09%	0,005%	
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	97 %	93 %	95 %	93 %	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala Instalasi Farmasi
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
				3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan <i>updated</i> paling lama 3 thn	Proses Revisi 2018	Proses Revisi 2018	Proses Revisi 2018	
		4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	13,92 menit	13,35 %	13,16 menit	13,35 menit		
			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	30,13 menit	29,83 menit	29,57 menit	29,56 menit	
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	
			Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	87,50%	87,67 %	87,63%	
				8. Penulisan Resep sesuai Formularium	100 %	99,98%	99,98%	99,98%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
11.	Pelayanan Gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan tersedia	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala Instalasi Gizi
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi		Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien		≥ 90 %	100 %	100 %	100 %	
		4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		Output	Sisa makanan yang dimakan oleh pasien (Makanan Diet)	≤ 20 %	9,22 %	7,9 %	99,26 %	99,66 %	

		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	98,3 %	99,26 %	99,60%	100 %	
--	--	---------	-----------------------	--------------	--------	---------	--------	-------	--

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
12.	Pelayanan transfusi darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Standar permenkes 91/2015. Minimal=9 orang Bersertifikat darah	6 orang dengan tiga ship jaga/tidak sesuai dengan standard minimal	6 orang dengan tiga ship jaga/tidak sesuai dengan standard minimal	6 orang dengan tiga ship jaga/tidak sesuai dengan standard minimal permenkes 91	6 orang dengan tiga ship jaga/tidak sesuai dengan standard minimal permenkes 91 / 2015	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah
			2. Ketersediaan fasilitas fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Standar BDRS 1. Ruang 2. Blood bank 3. Sentriplus 4. Inkubator 5. Microscope 6. Cool box	Sesuai dengan standard minimal dengan catatan semua peralatan masi system manual Ruang masi numpang di LAB cito dengan ukuran $\pm 4X6$ M (tdk memenuhi syarat)	Sesuai dengan standard minimal dengan catatan semua peralatan masi system manual Ruang masi numpang di LAB cito dengan ukuran $\pm 4X6$ M (tdk memenuhi syarat)	Sesuai dengan standard minimal dengan catatan semua peralatan masi system manual Ruang masi numpang di LAB cito dengan ukuran $\pm 4X6$ M (tdk memenuhi syarat)	Sesuai dengan standard minimal dengan catatan semua peralatan masi system manual Ruang masi numpang di LAB cito dengan ukuran $\pm 4X6$ M (tdk memenuhi syarat)	
		Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01 \%$	0 %	1/1.255 = 0,0007 %	1/1.502 = 0,0006%	2/993 = 0,0020 %	
		Output	4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100 %	Persiapan 1.474 ktg Permintaan 1.255 ktg terlayani semua 100%	Persiapan 1.474 ktg Permintaan 1.255 ktg terlayani semua 100 %	Persiapan 1.747 ktg Permintaan 1.502 ktg terlayani semua 100 %	Persiapan 1.046 ktg permintaan 993 ktg terlayani semua 100 %	
		Outcome	Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	Berdasarkan kuisisioner dengan hasil 100 % puas	Berdasarkan kuisisioner dengan hasil 100 % puas	Berdasarkan kuisisioner dengan hasil 100 % puas	Berdasarkan kuisisioner dengan hasil 100 % puas	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
15	Pengelolaan limbah	Input	1. Adanya penanggungjawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	Ada	Ada	Ada	Ada	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit: padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Proses	3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan	Ada	Ada	Ada	Ada	
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. pH 6-9	a. 3,28 mg/l b. 25,33 mg/l c. 85,33 mg/l d. 7,39	a. 5,30 mg/l b. 8,50 mg/l c. 131,00 mg/l d. 7,35	a. 4,86 mg/l b. 25 mg/l c. 95,67 mg/l d. 7,10	a. 4,33 mg/l b. 25 mg/l c. 82 mg/l d. 7,31	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ	
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV		
16.	Administrasi dan manajemen	Input	1.	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi.	≥ 90%	100%	100%	100%	90%	Kepala Bagian Kepegawaian
			2.	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	-	-	-	-	
			3.	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	-	-	Ada		
			4.	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	-	Ada	-	Ada	
			5.	adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			6.	adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	-	-	-	
		7.	Tindak lanjut penyelesaian pertemuan direksi	100%						
		8.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	-	100%	-		
		9.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	50,83%	81,82%	86,60%	100%		
		10.	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90%	9,09%	-	18,18%	9,09%		
		11.	Ketepatan penyusunan laporan keuangan	100%	100 %	100 %	100 %	100 %		
		12.	Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam						
		13.	<i>Cost recoveruy</i>	≥ 60%						
		14.	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	-	-	-	100%		
		15.	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60%	10,13%	9,42%	12,17%	9,37%		
		16.	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu.	100%	100 %	100 %	100 %	60 %		

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
17.	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	24 jam tersedia	24 jam tersedia	24 jam tersedia	24 jam tersedia	Kepala IGD/InstalasiPemasaranJenazah
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Supir ambulans terlatih	Supir ambulans terlatih	Supir ambulans terlatih	Supir ambulans terlatih	Supir ambulans terlatih	
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	80 %	85 %	85 %	85 %	85 %	

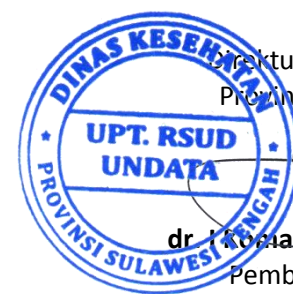
No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
18	Perawatan Pemulasaran Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah.	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai kelas rumah sakit	
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	
			4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 15 menit setelah di kamar jenazah	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	
			5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	100%	100%	100%	100%	
			6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85 %	85 %	85 %	85 %	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
19	Pelayanan Laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	Kepala Instalasi Laundry
			2. Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	Ada SK	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry.	Tersedia	< 100%	< 100%	< 100%	< 100%	
		Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	< 100%	< 100%	< 100%	< 100%	

			5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	< 100%	< 100%	< 100%	100%	
		Output	6. Ketersediaan linen	2,5 – 3 set x Jumlah tempat tidur	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	Memenuhi	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				PJ
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1. Adanya Penanggungjawab IPSRS	SK Direktur	Sesuai Standar	Sesuai Standar	Sesuai Standar	Sesuai Standar	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumahsakit
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia Sesuai Standar Rumah Sakit Tipe B	Bengkel Kerja Belum Tersedia	Bengkel Kerja Belum Tersedia	Bengkel Kerja Belum Tersedia	Bengkel Kerja Belum Tersedia	
		Proses	3. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%	96%	96%	94,20%	96%	
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	94%	95%	93%	96%	
			5. Ketepatan waktu kalibrasi tepat waktu	100%	0%	0%	0%	0%	
		Output	6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu.	100%	0%	0%	0%	0%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian				
		Jenis	Uraian		TW I	TW II	TW III	TW IV	
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	100 %	100 %	100 %	100 %	Ketua Tim PPI
			2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	≥ 60%	100 %	100 %	100 %	100 %	
			3. Rencana program PPI	Ada	ada	ada	ada	ada	
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	a. Belum dievaluasi	a. 50 %	a. Belum dievaluasi	a. 80 %	
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	b. 80 %	b. 85 %	b. 90 %	b. 90 %	
		Output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>health care associated infection</i> (HAI) di rumah sakit	≥ 75%	100 %	100 %	100 %	100 %	
22	Pelayanan keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	50 %	50 %	50 %	50 %	Kepala Bagian Umum
			2. Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Proses	3. Petugas Keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	
			4. Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	3 bln	3 bln	3 bln	3 bln	
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang.	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	
		Outcome	6. Kepuasan pasien	≥ 90%	100 %	100 %	100 %	100 %	



Direktur RSUD Undata Palu
Provinsi Sulawesi Tengah

(Signature)

dr. Komang Adi Sujendra, Sp.PD
Pembina Utama Madya
NIP. 19650325 199003 1 014