

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Standar Pelayanan Minimal merupakan standar pelayanan di institusi pelayanan kesehatan (medis / non medis) yang minimal yang harus diselenggarakan oleh rumah sakit. Pelaksanaan SPM harus sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, kemampuan rumah sakit, sasaran mutu, prosedur dan standar yang telah ditentukan kepada pelanggan dalam menuju pelayanan prima.

Rumah Sakit Umum Daerah “Ngudi Waluyo” Wlingi merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten Blitar. Dalam upaya menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian urusan wajib bidang kesehatan di Kabupaten Blitar, seiring dengan lampiran surat Edaran Menteri Dalam Negeri nomor 100/756/OTDA tanggal 8 Juli 2002 tentang konsep Dasar Pelaksanaan Urusan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di Bidang Kesehatan kepada masyarakat di daerah telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

### **1.2 TUJUAN**

Tujuan Umum:

Standar Pelayanan Minimal RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi Kabupaten Blitar dapat digunakan sebagai bahan evaluasi terhadap pelayanan di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar.

Tujuan Khusus:

1. SPM sebagai alat untuk mengukur kinerja rumah sakit.
2. SPM sebagai alat untuk pengendali mutu pelayanan.
3. SPM sebagai alat untuk perencanaan bisnis dan anggaran.

### **1.3 DASAR HUKUM**

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur

- (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
  5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Negara antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
  7. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4846);
  8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang

Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/VI/2008 tentang Rekam Medis;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1144 / Menkes / SK / Per / VVI / 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia;

20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
21. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 Nomor 4 Seri D);
22. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 58 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit;
23. Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 12 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten Blitar (Lembaran Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2008 Nomor 9/ E).
24. Peraturan Bupati Blitar Nomer 44 tahun 2015 tentang Pedoman Standar pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah “Ngudi Waluyo” Wlingi Kabupaten Blitar.

**BAB II**  
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**  
**Triwulan III**

**I. GAWAT DARURAT**

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Gawat Darurat.

Tabel 1. Pencapaian SPM Pelayanan Gawat Darurat

| Indikator |                                                                                                    | Standar                                  | Pencapaian |           |           |           |                   |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                                             |                                          | 2018       | 2019      | 2020      | 2021      | 2022<br>September |
| Input     | 1. Kemampuan menangani live saving.                                                                | 100 %                                    | 100 %      | 100 %     | 100 %     | 100 %     | 100 %             |
|           | 2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku. | 100 %                                    | 100 %      | 100 %     | 100 %     | 100 %     | 100 %             |
|           | 3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana.                                                        | 1 tim                                    | 1 tim      | 1 tim     | 1 tim     | 1 tim     | 1 Tim             |
| proses    | 4. Jam buka pelayanan gawat darurat.                                                               | 24 jam                                   | 24 jam     | 24 jam    | 24 jam    | 24 jam    | 24 Jam            |
|           | 5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat                                                 | ≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang | ≤ 5 menit  | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit         |

|         |                                              |             |       |       |       |       |         |
|---------|----------------------------------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|---------|
|         | 6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka | 100 %       | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 %   |
| Output  | 7. Kematian pasien di IGD ( $\leq 8$ jam)    | $\leq 2$ ‰  | 6.1‰  | 6.6‰  | 0.8 ‰ | 2.8 ‰ | 6.9‰    |
| Outcome | 8. Kepuasan pasien                           | $\geq 70$ % | 85%   | 85%   | 89%   | 89%   | 86.16 % |

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi dilaksanakan selama 24 jam setiap hari dengan jumlah tenaga pelayanan 10 orang dokter umum, 12 orang dokter Spesialis (On Call) dan 18 orang perawat dan 4 orang bidan. Berdasarkan data yang terkumpul selama Januari – September 2022, jumlah pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD yang masih berlaku sebanyak 100%. Untuk memudahkan akses pelayanan di IGD RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi, semua pasien yang dilayani tidak diharuskan membayar uang muka sebagai jaminan pelayanan yang akan diberikan.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di IGD sebesar 100%

## II. RAWAT JALAN

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Rawat Jalan :

Tabel 2. Pencapaian SPM Pelayanan Rawat Jalan

| Indikator |                           | Standar                                       | Pencapaian |        |        |        |                |
|-----------|---------------------------|-----------------------------------------------|------------|--------|--------|--------|----------------|
| Jenis     | Uraian                    |                                               | 2018       | 2019   | 2020   | 2021   | 2022 September |
| Input     | 1. ketersediaan pelayanan | Minimal sesuai dengan jenis dan kasifikasi RS | sesuai     | sesuai | sesuai | sesuai | sesuai         |

|         |                                                              |                                                             |            |            |            |            |            |
|---------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|         | 2. dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.         | 100% dokter spesialis                                       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       |
| proses  | 3. jam buka pelayanan dengan ketentuan.                      | 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00 | sesuai     | sesuai     | sesuai     | sesuai     | sesuai     |
|         | 4. waktu tunggu rawat jalan                                  | ≤ 60 menit                                                  | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit |
|         | 5. penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis.   | 100%                                                        | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       |
|         | 6. pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS | 100%                                                        | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       |
|         | 7. ketersediaan pelayanan VCT (HIV)                          | Tersedia dgn tenaga terlatih                                | Terlatih   | Terlatih   | Terlatih   | Terlatih   | Terlatih   |
| Output  | 8. persepsian obat sesuai formularium                        | 100%                                                        | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       |
|         | 9. pencatatan & pelaporan TB di RS                           | 100%                                                        | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       |
| Outcome | 10. Kepuasan pasien                                          | ≥ 90 %                                                      | 85.11 %    | 86.24 %    | 85.50 %    | 87.33 %    | 91.86      |

Selama Januari – September 2022 pasien rawat jalan yang dilayani oleh dokter spesialis sebanyak 100%. Selama Januari – September 2022 jam buka poliklinik telah sesuai dengan ketentuan (100%).

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di rawat jalan sebesar 100% .

### III. **RAWAT INAP**

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Rawat Inap :

Tabel 3. Pencapaian SPM Pelayanan Rawat Inap

| Indikator |                                                                          | Standar                                    | Pencapaian |        |        |        |                      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|--------|--------|--------|----------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                   |                                            | 2018       | 2019   | 2020   | 2021   | 2022<br>Sept<br>mber |
| Input     | 1. ketersediaan pelayanan                                                | Sesuai jenis dan kelas RS                  | Sesuai     | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai               |
|           | 2. Pemberi pelayanan rawat inap                                          | Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS | Sesuai     | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai               |
|           | 3. Tempat tidur dengan pengaman                                          | 100 %                                      | 95 %       | 95 %   | 95 %   | 100 %  | 100%                 |
|           | 4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan.                          | 100%                                       | 92%        | 92%    | 92%    | 92%    | 98%                  |
| proses    | 5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap                             | 100%                                       | 100 %      | 100%   | 100%   | 100%   | 100%                 |
|           | 6. Jam visite dokter spesialis                                           | (08.00-14.00 )<br>100%                     | 100 %      | 100%   | 100%   | 100%   | 100%                 |
|           | 7. Kejadian infeksi pasca operasi                                        | ≤ 1.5 %                                    | 0.01 %     | 0%     | 0.4%   | 0%     | 0%                   |
|           | 8. Kejadian infeksi nosokomial                                           | ≤ 9 %                                      | 1.4%       | 0%     | 0.19%  | 0%     | 0%                   |
|           | 9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian | 100%                                       | 100 %      | 100%   | 100%   | 100%   | 100%                 |
|           | 10. Pasien rawat inap TB yg ditangani dgn strategi DOTS                  | 100%                                       | 100 %      | 100%   | 100%   | 100%   | 100%                 |
|           | 11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS.                                   | ≥ 60%                                      | 100 %      | 100%   | 100%   | 100%   | 100%                 |

|         |                                                |                |        |        |        |        |       |
|---------|------------------------------------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Output  | 12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh. | $\leq 5 \%$    | 2.2%   | 1%     | 1.7%   | 1.6%   | 2.64% |
|         | 13. Kematian pasien > 48 jam                   | $\leq 0,24 \%$ | 2.1%   | 2%     | 3.01%  | 2.6%   | 1.5%  |
| Outcome | 14. Kepuasan pasien                            | $\geq 90 \%$   | 84.85% | 86.20% | 85,37% | 85,53% | 87.68 |

Pemberi pelayanan rawat inap di RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi selama Januari – September 2022 oleh dokter maupun perawat yang sesuai standar kompetensi (perawat minimal berpendidikan D3 dan dokter spesialis) sebanyak 100% atau sesuai untuk tenaga dokter spesialis dan 100%. untuk jumlah tempat tidur dengan pengaman mencapai 100 %. sedangkan jumlah kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan masih mencapai 98%. Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di rawat inap sebesar 78.57%

#### IV. **BEDAH SENTRAL**

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Bedah Sentral:

Tabel 4. Pencapaian SPM Pelayanan Bedah Sentral

| Indikator |                                                 | Standar                | Pencapaian |        |        |        |                |
|-----------|-------------------------------------------------|------------------------|------------|--------|--------|--------|----------------|
| Jenis     | Uraian                                          |                        | 2018       | 2019   | 2020   | 2021   | 2022 September |
| Input     | 1. Ketersediaan tim bedah                       | Sesuai dengan kelas RS | sesuai     | sesuai | sesuai | sesuai | sesuai         |
|           | 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi | Sesuai dengan kelas RS | sesuai     | sesuai | sesuai | sesuai | sesuai         |
|           | 3. Kemampuan melakukan tindakan operatif        | 100%                   | 100%       | 100%   | 100%   | 100%   | 100%           |

|         |                                                                                         |          |          |          |          |          |          |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| proses  | 4. Waktu tunggu operasi elektif                                                         | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari |
|         | 5. Tidak adanya kejadian operasi salah isi                                              | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     |
|         | 6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                            | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     |
|         | 7. Tidak adanya kejadian salah operasi                                                  | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     |
|         | 8. Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     |
|         | 9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET           | ≤ 6%     | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       |
| Output  | 10. Kejadian kematian di meja operasi                                                   | ≤ 1%     | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       |
| Outcome | 11. Kepuasan pelanggan                                                                  | ≥ 80 %   | 85.11 %  | 86.24 %  | 85,37 %  | 85.53 %  | 90.75    |

Pelayanan bedah sentral selama bulan Januari – September 2022 sudah sesuai dengan standar pelayanan minimal.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di Bedah Sentral sebesar 100% sesuai dengan standar.

#### V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Persalinan dan Perinatologi:

Tabel 5. Pencapaian SPM Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

| Indikator | Standar | Pencapaian |
|-----------|---------|------------|
|-----------|---------|------------|

| Jenis   | Uraian                                                                                            |                                        | 2018     | 2019     | 2020     | 2021     | 2022<br>Septem<br>ber |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| Input   | 1. Pemberi pelayanan persalinan normal                                                            | Dokter Sp.OG /dokterumum/ bidan        | Sesuai   | Sesuai   | Sesuai   | Sesuai   | Sesuai                |
|         | 2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                   | Tim PONEK terlatih                     | Terlatih | Terlatih | Terlatih | Terlatih | Terlatih              |
|         | 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif                                          | Dokter Sp.OG. Dokter SPA, Dokter Sp.AN | Sesuai   | Sesuai   | Sesuai   | Sesuai   | Sesuai                |
|         | 4. Kemampuan menangani BBLR (1500 – 2500 gr)                                                      | 100%                                   | 89%      | 98%      | 99%      | 100%     | 100%                  |
|         | 5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia                                                 | 100%                                   | 93%      | 80%      | 97%      | 100%     | 88.88%                |
| proses  | 6. Pertolongan Persalinan melalui seksio caesarea                                                 | ≤ 20%                                  | 38%      | 38%      | 46%      | 36%      | 57.58%                |
|         | 7. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh Sp.OG atau SpB,atau SpU, atau dokter umum terlatih | 100%                                   | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%                  |
|         | 8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih                                                | 100%                                   | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%                  |
| Output  | 9. kematian ibu karena persalinan                                                                 | •perdarahan ≤ 1 %                      | 0%       | 0%       | 0.26%    | 0%       | 0%                    |
|         |                                                                                                   | •pre-eclampsia ≤ 30 %                  | 0%       | 0.10 %   | 0%       | 0%       | 0%                    |
|         |                                                                                                   | •sepsis ≤ 0.2 %                        | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       | 0%                    |
| Outcome | 10. Kepuasan pasien                                                                               | ≥ 80 %                                 | 84.85 %  | 86.20 %  | 85,37 %  | 98%      | 84.86                 |

Pelayanan persalinan normal selama Januari – September 2021 keseluruhan dilayani oleh dokter spesialis dan bidan terlatih (100%) dan persalinan dengan tindakan SC sebanyak 57.58 % hal ini disebabkan karena Rumah Sakit adalah rujukan dari bidan dan puskesmas, sehingga kondisi ibu yang dirujuk sudah tidak memungkinkan untuk persalinan secara normal. Pelayanan KB mantap sebesar 100% yang semuanya ditangani oleh dokter spesialis dan mendapatkan konseling.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di persalinan dan perinatologi sebesar 90% ada peningkatan di pelayanan persalinan dan perinatologi.

## VI. PERAWATAN INTENSIF

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Perawatan Intensif:

Tabel 6. Pencapaian SPM Pelayanan Perawatan Intensif

| Indikator |                                                                              | Standar                         | Pencapaian |         |         |         |                   |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------|---------|---------|---------|-------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                       |                                 | 2018       | 2019    | 2020    | 2021    | 2022<br>September |
| Input     | 1. pemberi pelayanan                                                         | Sesuai kelas RS dan standar ICU | Sesuai     | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai            |
|           | 2. ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU                            | Sesuai kelas RS dan standar ICU | Sesuai     | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai            |
|           | 3. ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator                | Sesuai kelas RS dan standar ICU | Sesuai     | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai            |
| proses    | 4. kepatuhan terhadap hand hygiene                                           | 100%                            | 100%       | 100%    | 100%    | 100%    | 100%              |
|           | 5. kejadian infeksi nosokomial                                               | <9 %                            | 0%         | 0%      | 0%      | 0%      | 0%                |
| Output    | 6. pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3%                            | 0%         | 0%      | 0%      | 0%      | 0%                |
| Outcome   | 7. kepuasan pasien                                                           | ≥ 70 %                          | 84.85 %    | 86.20 % | 85,37 % | 85,53 % | 78.53             |

Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif 0%, dan untuk pemberi pelayanan unit intensif dokter spesialis sudah 100%.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di intensif sebesar 100% sudah sesuai standar.

## VII. RADIOLOGI

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Radiologi:

Tabel 7. Pencapaian SPM Pelayanan Radiologi

| Indikator |                                                       | Standar                                | Pencapaian                 |                            |                            |                            |                            |
|-----------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Jenis     | Uraian                                                |                                        | 2018                       | 2019                       | 2020                       | 2021                       | 2022<br>September          |
| Input     | 1. Pemberi layanan radiologi                          | Dokter spesialis radiologi, radografer | sesuai                     | sesuai                     | sesuai                     | sesuai                     | sesuai                     |
|           | 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi     | Sesuai kelas RS                        | Belum Sesuai               | Belum Sesuai               | Belum Sesuai               | Belum Sesuai               | Belum Sesuai               |
| proses    | 3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax           | $\leq 3$ jam                           | 2 Jam 43                   | 1jam 2 menit               | 1jam 65 menit              | 1jam 48 menit              | 1 jam                      |
|           | 4. Kerusakan foto                                     | $\leq 2$ %                             | 1%                         | 0.46 %                     | 0.45%                      | 0%                         | 0.7%                       |
|           | 5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label         | 100%                                   | 100 %                      | 100 %                      | 100%                       | 100%                       | 100%                       |
| Output    | 6. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi | Dokter spesialis radiologi             | Dokter spesialis radiologi | Dokter spesialis radiologi | Dokter spesialis radiologi | Dokter spesialis radiologi | Dokter spesialis radiologi |
| Outcome   | 7. Kepuasan pasien                                    | $\geq 80$ %                            | 85.11 %                    | 86.24 %                    | 85.50 %                    | 87.33 %                    | 70.89                      |

Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi masih belum sesuai karena di RSUD Ngudi Waluyo belum memiliki Digital X ray, Computed Radiography, MRI , Fluorokopi, PACS system dan C Arm yang dipersyaratkan sebagai RS tipe B. Waktu tunggu rata – rata 1 jam, sedangkan pelayanan ekspertisi oleh dr Spesialis Radiologi seluruhnya oleh dokter spesialis radiologi dan untuk tidak terjadinya kesalahan pemberian label sebesar 100%.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di radiologi sebesar 85 %

### VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Laboratorium Patologi Klinik:

Tabel 8. Pencapaian SPM Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

| Indikator   |                                                                     | Standar         | Pencapaian   |              |           |              |                      |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--------------|----------------------|
| Jenis       | Uraian                                                              |                 | 2018         | 2019         | 2020      | 2021         | 2022<br>Sept<br>mber |
| Input       | 1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik                   | Sesuai kelas RS | Sesuai       | Sesuai       | Sesuai    | sesuai       | sesuai               |
|             | 2. Fasilitas dan peralatan                                          | Sesuai kelas RS | Belum Sesuai | Belum Sesuai | Sesuai    | Belum Sesuai | Belum Sesuai         |
| proses      | 3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik        | ≤ 120 menit     | 95 menit     | 105 menit    | 77 menit  | 67 menit     | 99 menit             |
|             | 4. Tidak adanya kejadian tertukar spesimen                          | 100%            | 100%         | 100%         | 100%      | 100%         | 100%                 |
|             | 5. Kemampuan memeriksa HIV / AIDS                                   | Tersedia        | Ter sedia    | Ter sedia    | Ter sedia | Ter sedia    | Ter sedia            |
|             | 6. Kemampuan mikroskopis TB paru                                    | Tersedia        | Ter sedia    | Ter sedia    | Ter sedia | Ter sedia    | Ter sedia            |
| Output      | 7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium                        | 100%            | 92%          | 92%          | 100%      | 100%         | 100%                 |
|             | 8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaaan laboratorium | 100%            | 100%         | 100%         | 100%      | 100%         | 100%                 |
|             | 9. Kesesuaian hasil pemeriksaan                                     | 100%            | 100%         | 100%         | 100%      | 100%         | 100%                 |
| Outco<br>me | 10. Kepuasan pelanggan                                              | ≥ 80 %          | 85.11 %      | 86.24 %      | 85.50 %   | 87.33 %      | 83.62                |

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di Laboratorium Patologi Klinik sebesar 100%.

## IX. REHABILITASI MEDIK

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Rehabilitasi Medik:

Tabel 9. Pencapaian SPM Pelayanan Rehabilitasi Medik

| Indikator |                                                                                     | Standar                     | Pencapaian |         |         |         |                   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|---------|---------|---------|-------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                              |                             | 2018       | 2019    | 2020    | 2021    | 2022<br>September |
| Input     | 1. Pemberian pelayanan rehabilitasi medik                                           | Sesuai persyaratan kelas RS | sesuai     | sesuai  | sesuai  | sesuai  | sesuai            |
|           | 2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis                                       | Sesuai persyaratan kelas RS | sesuai     | sesuai  | sesuai  | sesuai  | sesuai            |
| proses    | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik                      | 100 %                       | 100 %      | 100 %   | 100%    | 100%    | 100%              |
| Output    | 4. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | ≤ 50%                       | 7%         | 17%     | 9%      | 10%     | 3.40%             |
| Outcome   | 5. Kepuasan pasien                                                                  | ≥ 80 %                      | 85.11 %    | 86.24 % | 85.50 % | 87.33 % | 91.30             |

Selama Januari – September 2022 kejadian drop out pasien atau tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang telah direncanakan sebanyak 3.40%.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di Rehabilitasi Medik sebesar 100%.

## X. FARMASI

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Farmasi :

Tabel 10. Pencapaian SPM Pelayanan Farmasi

| Indikator |                                                   | Standar                                | Pencapaian   |              |              |              |                      |
|-----------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Jenis     | Uraian                                            |                                        | 2018         | 2019         | 2020         | 2021         | 2022<br>September    |
| Input     | 1. Pemberi layanan farmasi                        | Sesuai kelas RS                        | Belum sesuai | Belum sesuai | Belum sesuai | Belum sesuai | Belum sesuai         |
|           | 2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi      | Sesuai kelas RS                        | sesuai       | sesuai       | sesuai       | sesuai       | sesuai               |
|           | 3. Ketersediaan formularium                       | Tersedia dan updated paling lama 3 thn | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia         |
| Proses    | 4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi               | ≤ 30 menit                             | 50<br>Menit  | 92<br>menit  | 42<br>menit  | 21<br>menit  | 22 menit<br>24 detik |
|           | 5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan            | ≤ 60 menit                             | 50<br>Menit  | 68<br>Menit  | 52<br>menit  | 42<br>menit  | 41 menit<br>26 detik |
| Output    | 6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100%                                   | 100%         | 100%         | 100%         | 100%         | 100%                 |
| Outcome   | 7. Kepuasan pasien                                | ≥ 80 %                                 | 85.11<br>%   | 86.24<br>%   | 85.50<br>%   | 87.33<br>%   | 79.41                |

Untuk kegiatan pemberian layanan farmasi, jumlah tenaga kefarmasian khususnya apoteker belum memenuhi standar. Berdasarkan Permenkes no 72 th 2016 tentang standar pelayanan farmasi yang mengatur masalah ketenagaan menyebutkan bahwa penghitungan kebutuhan Apoteker berdasarkan beban kerja pada Pelayanan Kefarmasian di rawat inap yang meliputi pelayanan farmasi manajerial dan pelayanan farmasi klinik dengan aktivitas pengkajian

resep, penelusuran riwayat penggunaan Obat, rekonsiliasi Obat, pemantauan terapi Obat, pemberian informasi Obat, konseling, edukasi dan visite, idealnya dibutuhkan tenaga Apoteker dengan rasio 1 Apoteker untuk 30 pasien.

Penghitungan kebutuhan Apoteker berdasarkan beban kerja pada Pelayanan Kefarmasian di rawat jalan yang meliputi pelayanan farmasi menajerial dan pelayanan farmasi klinik dengan aktivitas pengkajian Resep, penyerahan Obat, Pencatatan Penggunaan Obat (PPP) dan konseling, idealnya dibutuhkan tenaga Apoteker dengan rasio 1 Apoteker untuk 50 pasien.

Selain kebutuhan Apoteker untuk Pelayanan Kefarmasian rawat inap dan rawat jalan, maka kebutuhan tenaga Apoteker juga diperlukan untuk pelayanan farmasi yang lain seperti di unit logistik medik/distribusi, unit produksi steril/aSeptemberic dispensing, unit pelayanan informasi Obat dan lain-lain tergantung pada jenis aktivitas dan tingkat cakupan pelayanan yang dilakukan oleh Instalasi Farmasi.

Selain kebutuhan Apoteker untuk Pelayanan Kefarmasian di rawat inap dan rawat jalan, diperlukan juga masing-masing 1 (satu) orang Apoteker untuk kegiatan Pelayanan Kefarmasian di ruang tertentu, yaitu:

- 1) Unit Gawat Darurat;
- 2) Intensive Care Unit (ICU)/Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)/Neonatus Intensive Care Unit (NICU)/Pediatric Intensive Care Unit (PICU);
- 3) Pelayanan Informasi Obat

Jumlah tenaga yang ada saat ini di IFRS ada 10 orang, sedangkan berdasarkan penghitungan Analisa Beban Kerja sesuai permenkes no 72 th 2016 adalah 16 orang.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di Instalasi Farmasi sebesar 86% ada peningkatan.

## XI. **GIZI**

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gizi:

Tabel 11. Pencapaian SPM Pelayanan Gizi

| Indikator | Standar | Pencapaian |
|-----------|---------|------------|
|-----------|---------|------------|

| Jenis       | Uraian                                             |                                  | 2018             | 2019             | 2020       | 2021       | 2022<br>Septem<br>ber |
|-------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|------------------|------------------|------------|------------|-----------------------|
| Input       | 1. Pemberi pelayanan gizi                          | Sesuai pola ketenagaa n tersedia | Belum Se<br>suai | Belum Se<br>suai | Se<br>suai | Se<br>suai | Se<br>suai            |
|             | 2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi          | Sesuai pola ketenagaa n tersedia | sesuai           | sesuai           | sesuai     | sesuai     | sesuai                |
| prose<br>s  | 3. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | ≥ 90 %                           | 98%              | 99.96<br>%       | 98%        | 98%        | 100 %                 |
|             | 4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet  | 100%                             | 100%             | 100%             | 100%       | 100%       | 100%                  |
| Outp<br>ut  | 5. Sisa makan yang tidak dimakan oleh pasien       | ≤ 20 %                           | 21%              | 12%              | 18%        | 20%        | 14.74<br>%            |
| Outco<br>me | 6. Kepuasan pelanggan                              | ≥ 80%                            | 84.85<br>%       | 86.20<br>%       | 85,37<br>% | 87.33<br>% | 84.34                 |

Berdasarkan tabel diatas seluruh pasien (98%) mendapatkan makanan tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditentukan. Pasien yang mendapat makanan sesuai dengan jenis dietnya sebesar 100%. Sedangkan untuk pengamatan sisa makanan, rata-rata makanan yang diberikan tersisa sebanyak 14.74%.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di Gizi sebesar 100%

## XII. TRANSFUSI DARAH

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Transfusi Darah :

Tabel 12. Pencapaian SPM Pelayanan Transfusi Darah:

| Indikator |                                                        | Standar             | Pencapaian   |              |                |                |                   |
|-----------|--------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|-------------------|
| Jenis     | Uraian                                                 |                     | 2018         | 2019         | 2020           | 2021           | 2022<br>September |
| Input     | 1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah di RS          | Sesuai standar BDRS | Belum sesuai | Belum sesuai | Sesuai standar | Sesuai standar | Sesuai standar    |
|           | 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah RS  | Sesuai standar BDRS | Belum sesuai | Belum sesuai | Sesuai standar | Sesuai standar | Sesuai standar    |
| proses    | 3. Kejadian reaksi transfusi                           | $\leq 0.01 \%$      | 0.88%        | 0.65%        | 0.34%          | 0.6%           | 0.24%             |
| Output    | 4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi | 100 %               | 99%          | 100%         | 100%           | 100%           | 100%              |
| Outcome   | 5. Kepuasan pelanggan                                  | $\geq 80 \%$        | 85.11 %      | 86.24 %      | 85,37 %        | 82%            | 79.20             |

Selama Januari – September 2022 tenaga penyedia pelayanan bank darah sebanyak 7 orang, ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah sebesar 100% atau sesuai standard BDRS, kejadian reaksi tranfusi sudah mencapai 0.24 %.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di Bank Darah 100 %

### XIII. GAKIN

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Gakin :

Tabel 13. Pencapaian SPM Pelayanan Gakin;

| Indikator   |                                                                       | Standar       | Pencapaian    |               |               |               |                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| Jenis       | Uraian                                                                |               | 2018          | 2019          | 2020          | 2021          | 2022<br>Sept<br>emb<br>er |
| Input       | 1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin                       | Tersedia      | Ter<br>sedia  | Ter<br>sedia  | Ter<br>sedia  | Ter<br>sedia  | Ter<br>sedia              |
| Input       | 2. Kebijakan RS untuk pelayanan pasien Gakin                          | Ada           | Ada           | Ada           | Ada           | Ada           | Ada                       |
| Proses      | 3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan                                | < 15<br>menit | < 15<br>menit | < 15<br>menit | < 15<br>menit | < 15<br>menit | < 15<br>menit             |
| Proses      | 4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada keluarga miskin | 100%          | 100%          | 100%          | 100%          | 100%          | 100%                      |
| Output      | 5. Pasien keluarga miskin yang dilayani                               | 100%          | 100%          | 100%          | 100%          | 100%          | 100%                      |
| Outco<br>me | 6. Kepuasan pelanggan                                                 | ≥80%          | 84.85<br>%    | 86.20<br>%    | 85,37%        | 85.53<br>%    | 84.34                     |

Selama Januari – September 2022 tidak ada pasien masyarakat miskin yang datang ke RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi yang tidak mendapatkan pelayanan pada saat/hari itu juga.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan Keluarga Miskin sebesar 100%.

#### XIV. REKAM MEDIS

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis :

Tabel 14. Pencapaian SPM Pelayanan Rekam Medis:

| Indikator |                                                                          | Standar                     | Pencapaian |         |         |           |                   |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|---------|---------|-----------|-------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                   |                             | 2018       | 2019    | 2020    | 2021      | 2022<br>September |
| Input     | 1. Pemberi pelayanan rekam medik                                         | sesuai persyaratan kelas RS | sesuai     | sesuai  | sesuai  | sesuai    | sesuai            |
| proses    | 2. waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan            | <10 menit                   | 9 menit    | 9 menit | 8 menit | <10 menit | <10 menit         |
| proses    | 3. waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap             | <15 menit                   | 10 menit   | 9 menit | 9 menit | >15 menit | >15 menit         |
| proses    | 4. kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan    | 100%                        | 93%        | 80%     | 92%     | 93%       | 87%               |
| proses    | 5. kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100%                        | 94%        | 100%    | 100%    | 100%      | 83%               |
| Outcome   | 6. kepuasan pelanggan                                                    | >80%                        | 85.11%     | 86.24%  | 85.50 % | 85.53 %   | 84.66             |

Prosentase capaian Standar Pelayanan Minimal di Rekam Medis masih tercapai 4 dari 6 indikator.

#### XV. PENGELOLAAN LIMBAH

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pengelolaan Limbah :

Tabel 15. Pencapaian SPM Pelayanan Pengelolaan Limbah:

| Indikator |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Standar                                 | Pencapaian |        |        |        |                   |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|--------|--------|--------|-------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         | 2018       | 2019   | 2020   | 2021   | 2022<br>September |
| Input     | 1. Adanya penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sesuai dengan ketentuan kelas RS        | Sesuai     | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai            |
|           | 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sesuai peraturan perundangan g-undangan | Sesuai     | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai            |
| proses    | 3. Pengelolaan limbah cair                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sesuai peraturan perundangan g-undangan | Sesuai     | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai            |
|           | 4. Pengelolaan limbah padat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sesuai peraturan perundangan g-undangan | Sesuai     | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai            |
| Output    | 5. Baku mutu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> limbah cair</li> <li><input type="checkbox"/> BOD &lt; 30 MG /l</li> <li><input type="checkbox"/> COD &lt; 80 mg/l</li> <li><input type="checkbox"/> TSS &lt; 30 mg</li> <li><input type="checkbox"/> PH 6-9</li> <li><input type="checkbox"/> Amonia &lt; 0,1</li> <li><input type="checkbox"/> Fosfat &lt; 2</li> </ul> | 100%                                    | 67%        | 83%    | 100%   | 100%   | 100%              |

Pencapaian prosentase pada baku mutu limbah Triwulan III tahun 2022 adalah 100% dikarenakan BOD dan COD masih tinggi.



## XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Administrasi dan Manajemen :

Tabel 16. Pencapaian SPM Pelayanan Administrasi dan Manajemen

| Indikator |                                                                                       | Standar | Pencapaian |       |       |       |                       |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|-------|-------|-------|-----------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                                |         | 2018       | 2019  | 2020  | 2021  | 2022<br>Septem<br>ber |
|           | 1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi | ≥ 90 %  | 100%       | 100%  | 100%  | 100%  | 100%                  |
|           | 2. Adanya peraturan internal RS                                                       | Ada     | ada        | ada   | ada   | ada   | ada                   |
|           | 3. Adanya peraturan karyawan RS                                                       | Ada     | ada        | ada   | ada   | ada   | ada                   |
|           | 4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan                                          | Ada     | ada        | ada   | ada   | ada   | ada                   |
|           | 5. Adanya perencanaan strategi                                                        | Ada     | ada        | ada   | ada   | ada   | ada                   |
|           | 6. Adanya perencanaan pengembangan SDM                                                | Ada     | ada        | ada   | ada   | ada   | ada                   |
| proses    | 7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                                 | 100 %   | 100 %      | 100 % | 100 % | 100 % | 100 %                 |
|           | 8. Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                        | 100%    | 95%        | 96%   | 100%  | 100%  | 100%                  |
|           | 9. Ketetapan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala                                   | 100%    | 100%       | 100%  | 100%  | 100%  | 100%                  |
|           | 10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM                                              | ≥ 90%   | 100%       | 100%  | 100%  | 100%  | 100%                  |
|           | 11. Ketetapan waktu penyusunan pelaporan keuangan                                     | 100%    | 100%       | 100%  | 100%  | 100%  | 100%                  |

|        |                                                                   |         |          |          |          |          |         |
|--------|-------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|----------|----------|---------|
| Output | 12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam | 10 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | 5 menit |
|        | 13. Cost recovery                                                 | ≥ 60 %  | 83.15 %  | 85%      | 118%     | 138%     | 120%    |
|        | 14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja                   | 100 %   | 100%     | 100%     | 100%     | 100%     | 100%    |
|        | 15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jampertahun            | ≥ 60 %  | 16.13 %  | 100%     | 27.48 %  | 38,38 %  | 15.28 % |
|        | 16. Ketepatan waktu pemberian intensif sesuai kesepakatan         | 100%    | 16%      | 16%      | 60%      | 60%      | 60%     |

Pencapaian prosentase keseluruhan kinerja di administrasi dan manajemen sebesar 93.75% ada peningkatan di indikatornya

#### XVII. **AMBULANCE DAN KERETA JENAZAH**

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Ambulance dan Kereta Jenazah :

Tabel 17. Pencapaian SPM Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah:

| Indikator |                                                      | Standar                 | Pencapaian |          |          |          |                       |
|-----------|------------------------------------------------------|-------------------------|------------|----------|----------|----------|-----------------------|
| Jenis     | Uraian                                               |                         | 2018       | 2019     | 2020     | 2021     | 2022<br>Septem<br>ber |
| Input     | 1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah | 24 jam                  | 24 jam     | 24 jam   | 24 jam   | 24 jam   | 24 jam                |
|           | 2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah     | Supir ambulans terlatih | terlatih   | terlatih | terlatih | terlatih | terlatih              |

|                |                                                                                                 |                                         |                      |             |          |          |          |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------|----------|----------|----------|
| proses         | 3. Ketersediaan mobil ambulan dan mobil jenazah                                                 | Mobil ambulans & mobil jenazah terpisah | terpisah             | terpisah    | terpisah | terpisah | terpisah |
|                | 4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di RS                                  | ≤ 30 menit                              | 11 menit             | 11.60 Menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit |
|                | 5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat                                           | ≤ 30 menit                              | Kurang dari 30 menit | 10 Menit    | 10 menit | 5 menit  | 5 menit  |
| Output Outcome | 6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan/atau kematian | 100%                                    | 100%                 | 100%        | 100%     | 100%     | 100%     |
|                | 7. Kepuasan pelanggan                                                                           | ≥ 80%                                   | 85.11 %              | 86.24 %     | 85,37 %  | 85.53%   | 84.34    |

Pelayanan ambulans di RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi yang diberikan sudah sesuai dengan standar yaitu selama 24 jam. Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/kereta jenazah ini dihitung dari waktu mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di ambulans dan kereta jenazah sebesar 100%

#### XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pemulasaraan Jenazah :

Tabel 18. Pencapaian SPM Pelayanan Pemulasaraan Jenazah:

| Indikator | Standar | Pencapaian |
|-----------|---------|------------|
|-----------|---------|------------|

| Jenis                    | Uraian                                                   |                                                    | 2018    | 2019    | 2020    | 2021    | 2022<br>Sept<br>emb<br>er |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------------------------|
| Input                    | 1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah           | 24 jam                                             | 24 jam  | 24 jam  | 24 jam  | 24 jam  | 24 jam                    |
|                          | 2. Ketersediaan fasilitas kaSeptember jenazah            | Sesuai kelas RS                                    | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai                    |
| proses                   | 3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah.   | Sesuai dengan ketentuan kelas RS dan kebutuhan RS. | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai  | Sesuai                    |
|                          | 4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah          | 100%                                               | 100 %   | 100%    | 100 %   | 100 %   | 100 %                     |
|                          | 5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution | 100%                                               | 100 %   | 100%    | 100 %   | 100 %   | 100 %                     |
| Outcom<br>e<br><br>Input | 6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah       | 100%                                               | 100 %   | 100%    | 100 %   | 100 %   | 100 %                     |
|                          | 7. Kepuasan pelanggan                                    | ≥ 80%                                              | 85.1 1% | 86.24 % | 85,3 7% | 85.5 3% | 83.88                     |

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah dihitung dari waktu pasien dinyatakan meninggal sampai jenazah mulai ditangani petugas 100%. Untuk ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah 100%.

Pencapaian prosentase pelayanan di Pemulasaraan Jenazah sebesar 100%

### XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit :

Tabel 19. Pencapaian SPM Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit:

| Indikator |                                                                 | Standar                | Pencapaian |        |        |        |                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|------------|--------|--------|--------|---------------------------|
| Jenis     | Uraian                                                          |                        | 2018       | 2019   | 2020   | 2021   | 2022<br>Sept<br>emb<br>er |
| Input     | 1. Adanya penanggung jawab IPSRS                                | Ditetapkan SK direktur | sesuai     | sesuai | sesuai | sesuai | sesuai                    |
|           | 2. Ketersediaan bengkel kerja.                                  | Sesuai kelas RS        | sesuai     | sesuai | sesuai | sesuai | sesuai                    |
| proses    | 3. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit                      | ≥ 80%                  | 86%        | 90%    | 94%    | 91%    | 100%                      |
|           | 4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan | 100 %                  | 64%        | 65%    | 87%    | 78%    | 100%                      |
| Output    | 5. Ketepatan waktu kalibrasi alat.                              | 100%                   | 92%        | 99%    | 100 %  | 57%    | 84%                       |
| Input     | 6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu | 100%                   | 100 %      | 98%    | 86%    | 88%    | 100%                      |

Capaian target untuk kecepatan waktu menanggapi kerusakan selama Januari – September 2022 sebesar 95 %, untuk ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan sudah sesuai dengan standart.

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di pemeliharaan sarana sebesar 50%, walau belum mencapai 100% setiap indikator sudah ada perbaikan yang signifikan.

## XX. PELAYANAN LAUNDRY

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Laundry :

Tabel 20. Pencapaian SPM Pelayanan Laundry :

| Indikator  |                                                                                | Standar                           | Pencapaian   |              |              |              |                           |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|
| Jenis      | Uraian                                                                         |                                   | 2018         | 2019         | 2020         | 2021         | 2022<br>Sept<br>emb<br>er |
| Input      | 1. Ketersediaan pelayanan laundry                                              | Tersedia                          | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia | Ter<br>sedia              |
|            | 2. Adanya penanggung jawab pelayanan laundry                                   | Ada SK direktur                   | Ada          | Ada          | Ada          | Ada          | Ada                       |
| Prose<br>s | 3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry                                | Sesuai kelas RS                   | Sesua<br>i   | Sesua<br>i   | Sesua<br>i   | Sesuai       | Sesua<br>i                |
|            | 4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan | 100%                              | 98%          | 100<br>%     | 100<br>%     | 100%         | 100<br>%                  |
|            | 5. Ketetapan pengelolaan linen infeksius                                       | 100%                              | 74%          | 80%          | 100<br>%     | 95%          | 100<br>%                  |
| Outp<br>ut | 6. Ketersediaan linen                                                          | 2.5 – 3 set x jumlah tempat tidur | Sesu<br>ai   | Sesu<br>ai   | Sesu<br>ai   | Sesua<br>i   | Sesu<br>ai                |
|            | 7. Ketersediaan linen steril untuk kaSeptember operasi.                        | 100%                              | 100<br>%     | 100<br>%     | 100<br>%     | 100%         | 100<br>%                  |

Untuk indikator yang belum mencapai standar ada pada ketepatan pengelolaan linen infeksius yaitu 100 % Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di loundry sebesar 100 %

## XXI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :

Tabel 21. Pencapaian SPM Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi selama TRIWULAN III adalah sebagai berikut:

| Indikator |                                                                                                       | Standar                           | Pencapaian |      |      |      |                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|------|------|------|---------------------------|
| Jenis     | Uraian                                                                                                |                                   | 2018       | 2019 | 2020 | 2021 | 2022<br>Sept<br>emb<br>er |
| Input     | 1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih                                                               | Anggota tim PPI yang terlatih 75% | 94%        | 94%  | 100% | 100% | 100%                      |
|           | 2. Ketersediaan APD disetiap instalasi / departemen                                                   | ≥ 60%                             | 91%        | 97%  | 100% | 100% | 98%                       |
| proses    | 3. Rencana program PPI                                                                                | Ada                               | Ada        | Ada  | Ada  | Ada  | Ada                       |
|           | 4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana                                                             | 100%                              | 75%        | 94%  | 87%  | 87%  | 100%                      |
|           | 5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas                                                             | 100%                              | 100%       | 100% | 97%  | 97%  | 100%                      |
| Output    | 6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ health care associated infection (HAI) di RS | ≥ 75%                             | 75%        | 75%  | 88%  | 87%  | 87%                       |

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di pencegahan dan pengendalian infeksi sebesar 100%. Karena diklat eksternal PPI Inajut masih belum bisa dilaksanakan, sedangkan untuk Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial/health Care ada klinik yang masih belum mengerjakan surveilans.

## XXII. KEAMANAN

Berikut ini adalah hasil capaian Standar Pelayanan Minimal Keamanan :

Tabel 22. Pencapaian SPM Pelayanan Keamanan adalah sebagai berikut:

| Indikator         |                                                                        | Standar | Pencapaian |        |        |       |                   |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------|---------|------------|--------|--------|-------|-------------------|
| Jenis             | Uraian                                                                 |         | 2018       | 2019   | 2020   | 2021  | 2022<br>September |
|                   | 1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan                           | 100%    | 22%        | 21%    | 25%    | 100%  | 100%              |
|                   | 2. Sistem pengamanan                                                   | 100%    | 100%       | 100%   | 100%   | 100%  | 100%              |
| proses            | 3. Petugas keamanan melakukan keliling RS                              | 100%    | 100%       | 100%   | 100%   | 100%  | 100%              |
|                   | 4. Evaluasi terhadap sistem keamanan                                   | 100%    | 100%       | 100%   | 100%   | 100%  | 100%              |
| Output<br>Outcome | 5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang. | 100 %   | 100 %      | 100%   | 99.99% | 100 % | 100 %             |
|                   | 6. Kepuasan pelanggan                                                  | ≥ 90%   | 85.02%     | 85.02% | 85.50% | 90%   | 91.86             |

Pencapaian prosentase keseluruhan pelayanan di keamanan sebesar 100%

### **BAB III**

### **KESIMPULAN**

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah “Ngudi Waluyo” Wlingi disusun dengan melakukan pencatatan dan pengukuran mengenai pelaksanaan SPM 22 jenis pelayanan dengan 172 indikator di RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi. Hasilnya, pada bulan Januari – September 2022 jenis pelayanan yang seluruh indikatornya sudah sesuai dengan standar dari Menteri Kesehatan Dari 172 indikator standar pelayanan minimal telah tercapai sesuai standar nasional sebanyak 162 indikator atau 94.18 % telah memenuhi standar nasional dan naik dari dari hasil triwulan II.



## **BAB IV**

### **PENUTUP**

Demikian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah “Ngudi Waluyo” Wlingi Januari – September 2022, semoga dapat bermanfaat untuk mencapai tujuan dan pada akhirnya mendukung terlaksananya misi rumah sakit dengan hasil yang optimal. Semoga laporan ini bisa bermanfaat bagi semua pihak terutama dalam hal peningkatan mutu pelayanan di RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi.