

## REKAPITULASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM )

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL			BATAS WAKTU PENCAPAIAN					PENANGGUNG JAWAB
		INDIKATOR	NILAI	JANUARI S/D MARET	APRIL S/D JUNI	JULI S/D SEPT	OKTOBER S/D DES	REKAPAN JANUARI S/D DESEMBER		
1	PELAYANAN GAWAT DARURAT	a.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD
		b.	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala IGD
		c.	Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD	100%	24,90%	23,10%	23,10%	23,10%	23,10%	Kepala IGD
		d.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	Kepala IGD
		e.	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 Menit	4 Menit	4 Menit	5 Menit	5 Menit	4.5 Menit	Kepala IGD
		f.	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	70%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS
		g.	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	2/1000	8/2779	12/2600	11/2123	7/2780	38/10282	Kepala IGD
		h.	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	a.	Pemberian pelayanan di klinik spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
		b.	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
		c.	Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
		d.	Waktu tunggu di Rawat Jalan	60 Menit	43%	39%	40%	45%	41,8%	Tim mutu
		e.	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan	≥ 90%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS
3	PELAYANAN RAWAT INAP	a.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		b.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		c.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%	100%	97%	100%	100%	99%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		d.	Jam visite dokter spesialis	100%	85%	99%	100%	100%	94%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		e.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,70%	0%	0,60%	2,06%	0,84%	Tim PPI - RS
		f.	Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0,06%	0,00%	0,10%	0,00%	0,04%	Tim PPI - RS
		g.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap

	h.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	2,1%	2,4%	1,7%	1,7%	2,0%	tim mutu
	i.	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	1,0%	1,2%	1,6%	1,8%	1,4%	tim mutu
	j.	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL			BATAS WAKTU PENCAPAIAN					PENANGGUNG JAWAB
		INDIKATOR	NILAI		JANUARI S/D MARET	APRIL S/D JUNI	JULI S/D SEPT	OKTOBER S/D DES	REKAPAN JANUARI S/D DESEMBER	
4	BEDAH SENTRAL	a.	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	Ketua instalasi bedah sentral
		b.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua instalasi bedah sentral
		c.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		d.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		e.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		f.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		g.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	Ketua instalasi bedah sentral
5	PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	a.	Kejadian kematian ibu karena persalinan							
			- Pendarahan	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	Tim mutu
			- Pre-eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	Tim mutu
			- Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	Tim mutu
		b.	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tim mutu
		c.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi rawat inap
		d.	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tim mutu
e.	Kemampuan menangani BBLR < 1500 gr - 2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tim mutu		
	f.	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	46,0%	51,7%	46,1%	38,4%	35,6%	Tim mutu	

		g.	Keluarga Berencana Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Poli Kebidanan
		h.	Konseling Keluarga Berencana Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Poli Kebidanan
		i.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS
6	PELAYANAN INTENSIF	a.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0%	0%	0%	0%	0%	Tim mutu
		b.	Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN					PENANGGUNG JAWAB	
		INDIKATOR	NILAI	JANUARI S/D MARET	APRIL S/D JUNI	JULI S/D SEPT	OKTOBER S/D DES	REKAPAN JANUARI S/D DESEMBER		
7	RADIOLOGI	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 Jam	5 Jam	12 Jam	12 Jam	12 Jam	12 Jam	Kepala instalasi Radiologi
		b.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Radiologi
		c.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2%	2,79%	2,15%	1,44%	1%	1,9%	Kepala instalasi Radiologi
		d.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS
8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 Menit	120 Menit	140 Menit	140 Menit	140 Menit	135 Menit	Kepala instalasi Laboratorium
		b.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	80%	80%	80%	90%	83%	Kepala instalasi Laboratorium
		c.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Laboratorium
		d.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS
9	REHABILITASI MEDIK	a.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	0,03%	0,07%	2%	2%	1%	Kepala instalasi Rehab Medik
		b.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rehab Medik
		c.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS
10	FARMASI	a.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 Menit	8 Menit	11 Menit	10 Menit	5 Menit	8.5 Menit	Kepala instalasi Farmasi
		b.	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	22.8 Menit	24.2 Menit	18 Menit	20 Menit	21.3 Menit	Kepala instalasi Farmasi
		c.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Farmasi
		d.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	79,25%		81,40%		81,40%	PKMRS

		e.	Penulisan resep sesuai formularium	100%	91,6%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Farmasi
11	GIZI	a.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	96,18%	95,44%	96,17%	97,05%	97%	Kepala instalasi Gizi
		b.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	10,22%	9,74%	10,06%	8,29%	9,6%	Kepala instalasi Gizi
		c.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Gizi

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN					PENANGGUNG JAWAB	
		INDIKATOR	NILAI	JANUARI S/D MARET	APRIL S/D JUNI	JULI S/D SEPT	OKTOBER S/D DES	Rekapan Januari s/d Desember 2020		
12	TRANSFUSI DARAH	a.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka. Instalasi Laboratorium
		b.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	0%	0%	0%	0%	0%	Ka. Instalasi Laboratorium
13	PELAYANAN GAKIN		Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur
14	REKAM MEDIK	a.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rekam Medik
		b.	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rekam Medik
		c.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit	10 Menit	9 Menit	10 Menit	10 Menit	9.8 Menit	Kepala instalasi Rekam Medik
		d.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	15 Menit	13 Menit	15 Menit	15 Menit	14.5 Menit	Kepala instalasi Rekam Medik
15	PENGELOLAAN LIMBAH	a.	Baku Mutu Limbah Cair	100%	75%		98%		98%	Kepala IPLS
		b.	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPLS
16	ADMINISTRASI MANAJEMEN	a.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%						Direktur
		b.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%						Direktur
		c.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka. Bagian kesekretariatan



		c.	Terlaksananya kegiatan dan pencatatan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua PPI
--	--	----	---	-----	------	------	------	------	------	-----------

Banda Aceh, 04 April 2021  
**Direktur**  
**Rumah Sakit Ibu dan Anak Aceh**

**dr. Munawar, Sp.OG (K)**  
NIP. 19720608200012121001









