

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BLUD RSUD BALANGAN
SEMESTER II
(01 JULI- 31 DESEMBER TAHUN 2022)**



**BLUD Rumah Sakit Umum Daerah
Balangan**

**Jl. Lingkar Timur Km. 1,7 Paringin
Kab. Balangan**

Telp/Fax : 0811 5124 040 (0562) 2028323

Email : rsud.balangan@gmail.com

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BLUD RSUD BALANGAN
SEMESTER II
(01 JULI- 31 DESEMBER TAHUN 2022)**



**BLUD Rumah Sakit Umum Daerah
Balangan
Jl. Lingkar Timur Km. 1,7 Paringin
Kab. Balangan
Telp/Fax : 0811 5124 040 (0562) 2028323
Email : rsud.balangan@gmail.com**

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, yang melimpahkan rahmat-Nya, sehingga BLUD RSUD Kabupaten Balangan dapat melaksanakan laporan Standar Pelayanan Minimal Semester II Tahun 2022 dengan baik. Laporan ini disusun sebagai dokumentasi dan bahan analisa serta evaluasi kegiatan pelayanan yang dilakukan BLUD RSUD Balangan. Berbagai informasi yang diperoleh dari hasil SPM ini tentunya akan menjadi acuan untuk melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan pelayanan BLUD RSUD Balangan Kabupaten Balangan.

Pada laporan Standar Pelayanan Minimal Semester II Tahun 2022, laporan disusun berdasarkan dari hasil Laporan Standar Pelayanan Minimal setiap bulan dari ruang pelayanan mulai dari 01 Juli 2022 – 31 Desember 2022.

Kami berharap bahwa Laporan Standar Pelayanan Minimal ini selain menjadi bahan analisa dan evaluasi, laporan ini diharapkan pula dapat menjadi referensi bagi pelayanan Badan Layanan Umum Daerah RSUD Balangan masa mendatang.

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan dan penyelesaian laporan, semoga laporan ini bermanfaat.

Balangan, Februari 2022

The stamp is circular with a double border. The outer border contains the text 'PEMERINTAH KABUPATEN BALANGAN' at the top and 'BALANGAN' at the bottom, separated by two stars. The inner circle contains the text 'BLUD-RSUD' in the center. A blue ink signature is written across the stamp.
Direktur RSUD Balangan
drg. Sudirman, MM
NIP. 19700126 200212 1 006

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| JUDUL | I |
| KATA PENGANTAR | II |
| BAB I PENDAHULUAN | III |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Maksud Dan Tujuan | 2 |
| 1.3 Definisi Operasional/Pengertian-Pengertian | 3 |
| 1.4 Landasan Hukum | 4 |
| 1.5 Ruang Lingkup Standar Pelayanan Minimal | 5 |
| BAB II PEMBAHASAN | |
| 2.1 Jenis-Jenis Pelayanan Rumah Sakit | 6 |
| 2.2 Realisasi Penerapan Dan Capaian SPM | 11 |
| 2.2.1 Pelayanan Gawat Darurat | 12 |
| 2.2.2 Pelayanan Rawat Jalan | 13 |
| 2.2.3 Pelayanan Rawat Inap | 14 |
| 2.2.4 Pelayanan Bedah Sentral | 15 |
| 2.2.5 Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi | 16 |
| 2.2.6 Pelayanan Intensif | 17 |
| 2.2.7 Pelayanan Radiologi | 17 |
| 2.2.8 Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | 18 |
| 2.2.9 Pelayanan Rehabilitas Medik | 18 |
| 2.2.10 Pelayanan Farmasi | 19 |
| 2.2.11 Pelayanan Gizi | 20 |
| 2.2.12 Pelayanan UTDRS | 20 |
| 2.2.13 Pelayanan GAKIN | 20 |
| 2.2.14 Pelayanan Rekam Medis | 21 |
| 2.2.15 Pelayanan Pengelolaan Limbah | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.16 Pelayanan Administrasi Dan Manajemen | 22 |
| 2.2.17 Pelayanan Ambulance Kereta Jenazah | 23 |
| 2.2.18 Pelayanan Pemulasaran Jenazah | 23 |
| 2.2.19 Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | 24 |
| 2.2.20 Pelayanan Laundry | 24 |
| 2.2.21 Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi | 25 |
| 2.3 Rekapitulasi SPM RSUD Balangan Semester II Tahun 2022 | 26 |
| BAB III PENUTUP | 27 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Sebagai Badan Layanan Umum (BLU), diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan efisiensi dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU), dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam memperoleh jasa layanan kesehatan yang lebih terjangkau, lebih baik dan lebih meningkatkan kesejahteraan bagi provider internal karena fleksibilitas pengelolaan rumah sakit menggunakan kaidah-kaidah bisnis yang sehat.

Percepatan Implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) bagi rumah sakit daerah saat ini sangat tergantung pada multistakeholder rumah sakit itu sendiri. Lahirnya Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) telah cukup untuk memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam Peraturan Perundang-undangan. BLUD merupakan bagian dari pengelolaan keuangan daerah, yakni kekayaan daerah yang tidak dipisahkan, yang dikelola untuk menyelenggarakan kegiatan BLUD yang bersangkutan.

Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 menegaskan bahwa seluruh pendapatan BLUD dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja BLUD yang bersangkutan, yakni pendapatan yang diperoleh dari aktivitas peningkatan kualitas pelayanan BLUD sesuai kebutuhan. Kemudian, sebagai imbalan atas penyediaan layanan barang/jasa kepada masyarakat, BLUD dapat mengenakan tarif layanan untuk mendorong praktek bisnis yang sehat.

Standard Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat dalam penerapannya SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dari Rumah Sakit sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah daerah, oleh karena itu, baik dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan

prinsip-prinsip SPM yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggung jawabkan serta mempunyai batas waktu pencapaian.

Dalam perjalanannya berbagai upaya telah dilakukan untuk merubah citra pelayanan RSUD Balangan. Suatu hal yang masih dianggap cukup berat dalam pemenuhan persyaratan rumah sakit menjadi BLU yaitu dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Berbagai acuan dapat digunakan untuk menyusun SPM di RSUD Balangan antara lain Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan yang mencakup Standar Penyelenggaraan Pelayanan Manajemen Rumah Sakit, Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang dan Pelayanan Keperawatan.

1.2 MAKSUD DAN TUJUAN

(1.) Maksud :

Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal Rumah Sakit memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Rumah Sakit kepada masyarakat sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Balangan.

(2.) Tujuan :

- a. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau;
- b. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
- c. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat diwilayah cakupannya.

1.3 DEFINISI OPERASIONAL/PENGERTIAN-PENGERTIAN

(1.) Umum :

- a. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- b. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- c. Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar dan lanjutan yang merupakan urusan wajib daerah; dan
- d. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengvaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

(2.) Khusus :

- a. Dimensi kinerja adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan standar pelayanan minimal yang meliputi: akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia;
- b. Indikator adalah latar belakang / alasan mengapa suatu kinerja tersebut perlu diukur;
- c. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
- d. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator tersedia;
- e. Priode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
- f. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
- g. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;

- h. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan personal; dan
- i. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

1.4 LANDASAN HUKUM

- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
- b. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 1258 Tahun 2005 Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
- c. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
- d. Peraturan Pemerintah RI Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kinerja Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4405);
- f. 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);
- g. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4570);
- h. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia No. 4585);
- i. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan Dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4614).

- j. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
- k. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK//II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- l. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan.

1.5 RUANG LINGKUP SPM

Ruang lingkup Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit terdiri dari :

1. Rencana pencapaian target SPM;
2. Pengintegrasian rencana pencapaian SPM dalam dokumen perencanaan dan penganggaran;
3. Mekanisme penerapan SPM dan perencanaan terhadap pembiayaan pencapaian SPM;
4. Sistem target kinerja RS untuk menjadi evaluasi pelayanan kepada masyarakat;
5. Menyusun kebijakan program dan kegiatan untuk mencapai target.

BAB II
PEMBAHASAN
PENERAPAN DAN PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BLUD RSUD BALANGAN

2.1 JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan adalah:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
 - a. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa sebesar 100%
 - b. Jam buka pelayanan gawat darurat selama 24 jam
 - c. Pemberian pelayanan gawat darurat yang bersertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS dan masih berlaku sebesar 100%
 - d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana sebanyak satu tim
 - e. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat selama ≤ 5 menit setelah pasien datang
 - f. Kepuasan pelanggan $\geq 70\%$
 - g. Kematian pasien ≤ 24 jam sebanyak $\leq 2/1000$
 - h. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka sebesar 100%

2. Pelayanan Rawat Jalan;
 - a. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis adalah 100% dokter spesialis
 - b. Ketersediaan pelayanan
 - c. Ketersediaan pelayanan jiwa di RS bagi anak remaja, Napza, Gangguan psikotik, Gangguan neorotik, Mental reterdasi, Mental organik, Usia lanjut.
 - d. Jam buka pelayanan adalah jam 08.00 s/d 13.00 setiap hari, hari kerja kecuali jumat jam 08.00 s/d 11.00, sabtu jam 08.00 s/d 11.00.
 - e. Waktu tunggu dirawat jalan ≤ 60 menit
 - f. Kepuasan pelanggan sebesar $\geq 90\%$
 - g. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB sebesar $\geq 60\%$ dan terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS sebesar $\leq 60\%$.

3. Pelayanan Rawat Inap;

- a. Pemberi pelayanan di rawat inap oleh dokter Spesialis dan perawat minimal pendidikan D3
- b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap sebesar 100%
- c. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal terdiri dari pelayanan anak, dewasa pelayanan penyakit dalam, pelayanan kebidanan dan pelayanan bedah
- d. Jam visite dokter Spesialis adalah jam 08.00 s/d 14.00 pada setiap hari kerja
- e. Kejadian infeksi pasca operasi sebesar $\leq 1,5\%$
- f. Kejadian infeksi nasokomial $\leq 1,5\%$
- g. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian sebesar 100%
- h. Kematian pasien > 48 jam sebanyak $< 0,24\%$
- i. Kejadian pulang paksa sebesar $\leq 5\%$
- j. Kepuasan pelanggan $\geq 90\%$
- k. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB sebesar $\geq 60\%$
Dan terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS sebesar $\geq 60\%$

4. Pelayanan Bedah Sentral;

- a. Waktu tunggu operasi elektif selama ≤ 2 hari
- b. Kejadian kematian dimeja operasi sebesar $< 1\%$
- c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi sebesar 100%
- d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang sebesar 100%
- e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi sebesar 100%
- f. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing /lain pada tubuh pasien setelah operasi sebesar 100%
- g. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi endotracheal tube sebesar $\leq 6\%$.

5. Pelayanan Persalinan dan perinatologi;
 - a. Kejadian kematian ibu karena persalinan perdarahan $\leq 1\%$, per-klampsia $\leq 30\%$, sepsis $\leq 0,2\%$
 - b. Pemberi pelayanan persalinan normal oleh dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bedah
 - c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tim PONEK terlatih
 - d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh dokter Sp.OG, dokter Sp.Anak, dan dokter Sp.An
 - e. Kemampuan menangani BBLR berat 1500-2500 gr sebesar 100%
 - f. Pertolongan persalinan dengan secsio cesaria sebesar $\leq 20\%$
 - g. Keluarga berencana dengan persentasi KB (vasektomi dan tubektomi) oleh tenaga kompeten sebesar 100% dan peserta KB mantap yang mendapat penyuluhan bidan terlatih sebesar 100%
 - h. Kepuasan pelanggan $\geq 80\%$

6. Pelayanan Intensif;
 - a. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam sebanyak $< 3\%$
 - b. Pemberian pelayanan unit intensif oleh dokter Sp. Anestesi dan dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani dan 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU atau setara D4

7. Pelayanan Radiologi;
 - a. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto selama ≤ 3 jam
 - b. Pelaksanaan ekspertisi oleh dokter Sp. Rad
 - c. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen kerusakan foto $\leq 2\%$
 - d. Kepuasan pelanggan $\geq 80\%$

8. Pelayanan Laboratorium patologi klinik;
 - a. waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium selama ≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin
 - b. Pelaksanaan ekspertisi oleh dokter Sp.PK

- c. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium sebesar 100%
 - d. Kepuasan pelanggan $\geq 80\%$
9. Pelayanan Rehabilitas Medis;
- a. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medis yang di rencanakan sebesar $< 50\%$
 - b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi Medis mencapai 100%
 - c. Kepuasan pelanggan $\geq 80\%$
10. Pelayanan Farmasi;
- a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi selama ≤ 30 menit dan pelayanan racikan selama ≤ 60 menit
 - b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat mencapai 100%
 - c. Kepuasan pelanggan $\geq 80\%$
 - d. Penulisan resep sesuai formularium mencapai 100%
11. Pelayanan gizi;
- a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien $\geq 90\%$
 - b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien sebesar $\leq 20\%$
 - c. Tidak adanya kesalahan pemberian diet mencapai 100%
12. Pelayanan UTDRS;
- a. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi mencapai 100%
 - b. Kejadian reaksi tranfusi sebesar $< 0,01\%$
13. Pelayanan Warga Miskin (GAKIN);
- a. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan mencapai 100%
14. Pelayanan Rekam medis;

- a. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan mencapai 100%
- b. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas mencapai 100%
- c. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan selama < 10 menit
- d. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap selama < 15 menit

15. Pelayanan Pengelolaan limbah;

- a. Baku mutu limbah cair yang terdiri dari BOD < 30 mg/l, COD < 80 mg/l, TSS < 30 mg/l, PH 6-9
- b. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan mencapai 100%

16. Pelayanan Administrasi dan manajemen;

- a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi mencapai 100%
- b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja mencapai 100%
- c. Ketepatan waktu pengusulan naik pangkat mencapai 100%
- d. Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala mencapai 100%
- e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun sebesar $\geq 60\%$
- f. Cost recovery sebesar $\geq 40\%$
- g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan mencapai 100%
- h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap selama ≤ 2 jam
- i. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu mencapai 100%

17. Pelayanan Ambulance / kereta jenazah;

- a. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah selama 24 jam
- b. Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit selama ≤ 30 menit

- c. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan sesuai ketentuan daerah
18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
- a. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah selama \leq 2 jam
19. Pelayanan Pemeliharaan sarana rumah sakit;
- a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat sebesar \leq 80%
 - b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat mencapai 100%
 - c. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi mencapai 100%
20. Pelayanan Laundry;
- a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang mencapai 100%
 - b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap mencapai 100%
21. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- a. Ada anggota Tim PPI yang terlatih sebesar 75%
 - b. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen sebesar 60%
 - c. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) 75%.

2.2 REALISASI PENERAPAN DAN CAPAIAN SPM

Pembangunan Kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai UUD 1945 dan Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. SPM RS Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008.

Dengan melaksanakan SPM, maka basis untuk kesejahteraan masyarakat dapat terbangun setidaknya bila semua sasaran minimal dapat terwujud di setiap unit kerja di Rumah Sakit Balangan.

Berikut disampaikan capaian SPM RSUD Balangan Semester II Tahun 2022

2.2.1 Pelayanan Gawat Darurat

| IGD | | | | |
|-----|---|-------------|------------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 92% | Tidak Tercapai |
| 2 | Jam buka Pelayanan Gawat Darurat | 24 Jam | 24 Jam | Tercapai |
| 3 | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS) | 100% | 45,33% | Tidak Tercapai |
| 4 | Ketersediaan tim penanggulangan bencana | 1 Tim | 1 Tim | Tercapai |
| 5 | Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat | < 5 Menit | 1 Menit 68 Detik | Tercapai |
| 6 | Kepuasan Pelanggan | >70% | 79,29% | Tercapai |
| 7 | Kematian pasien < 24 Jam | <2% | 0,07% | Tercapai |
| 8 | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Gawat Darurat capaian kinerja mendapat nilai 75 % masih terdapat 2 indikator yang tidak tercapai yaitu pada Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 92%, Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS) 45,33% dikarenakan Masih ada sebagian petugas belum mempunyai sertifikat dan ada beberapa petugas yang sertifikatnya sudah tidak berlaku lagi.

2.2.2 Pelayanan Rawat Jalan

| RAWAT JALAN | | | | |
|-------------|---|-------------|-------------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis | 100% | 100% | Tercapai |
| 2 | Ketersediaan Pelayanan | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Jam buka Pelayanan | 100% | 100% | Tercapai |
| 4 | Waktu tunggu di rawat jalan | <60 menit | 43 menit 24 detik | Tercapai |
| 5 | Kepuasan Pelanggan | ≥ 90% | 81% | Tidak Tercapai |
| 6 | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB | ≥ 60% | 100% | Tercapai |
| | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | ≤ 60% | 100% | Tercapai |
| 7 | Ketersediaan Pelayanan Jiwa di RS | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Rawat Jalan capaian kinerja mendapat nilai 85,71% masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu pada kepuasan pelanggan mengacu pada hasil Survey Indeks Kepuasan Masyarakat terdapat 81% kepuasan masyarakat pada pelayanan rawat jalan.

2.2.3 Pelayanan Rawat Inap

| RAWAT INAP | | | | |
|------------|--|--|----------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Pemberi pelayanan di Rawat Inap | Semua dokter spesialis dasar terpenuhi | 100% | Tercapai |
| 2 | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | 100% | 100% | Tercapai |
| 4 | Jam Visite Dokter Spesialis | 100% | 100% | Tercapai |
| 5 | Kejadian infeksi pasca operasi | <1,5% | 0,01% | Tercapai |
| 6 | Kejadian Infeksi Nasokomial | <1,5 | 0,05% | Tercapai |
| 7 | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian | 100% | 100% | Tercapai |
| 8 | Kematian pasien > 48 jam | <0,24% | 0,05% | Tercapai |
| 9 | Kejadian pulang paksa | <5% | 0,16% | Tercapai |
| 10 | Kepuasan pelanggan | >90% | 84,11% | Tidak Tercapai |
| 11 | Rawat Inap TB | >60% | 100% | Tercapai |
| | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | | | |
| | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit | >60% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Rawat Inap capaian kinerja mendapat nilai 90,90 % masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu pada kepuasan pelanggan mengacu pada hasil Survey Indeks Kepuasan Masyarakat terdapat 84,11 % kepuasan masyarakat pada pelayanan rawat jalan.

2.2.4 Pelayanan Bedah Sentral

| Bedah Sentral (Bedah saja) | | | | |
|----------------------------|---|-------------|------------------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Waktu tunggu operasi elektif | ≤ 2 hari | 14 Jam 3 Menit 6 Detik | Tercapai |
| 2 | Kejadian Kematian di meja operasi | ≤ 1 % | 0% | Tercapai |
| 3 | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | | |
| 4 | Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100% | 100% 100% | Tercapai |
| 5 | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% 100% | Tercapai |
| 6 | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% 100% | Tercapai |
| | | | 100% 100% | Tercapai |
| 7 | Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube | ≤ 6 % | 0,00% | Tercapai |

Pada Pelayanan Bedah Sentral capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 7 indikator semua realisasi tercapai.

2.2.5 Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

| PERSALINAN & PERINATOLOGI | | | | |
|---------------------------|---|--|--|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Kejadian kematian ibu karena persalinan | a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ | 0% | Tercapai |
| 2 | Pemberi pelayanan persalinan normal | a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan | 1 Orang dr. Sp. Og dan 42 orang bidan, 4 orang perawat | Tercapai |
| 3 | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim PONEK yang terlatih | RSUD Balangan sudah mempunyai 1 tim PONEK terlatih | Tercapai |
| 4 | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | 100% | 100% | Tercapai |
| 5 | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr | 100% | 100% | Tercapai |
| 6 | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria | $\leq 20\%$ | 35,98% | Tidak Tercapai |
| 7 | Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih | 100% | 100% | Tercapai |
| | b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih | 100% | 100% | Tercapai |
| 8 | Kepuasan Pelanggan | $\geq 80\%$ | 80,56% | Tercapai |

Pada Pelayanan Persalinan dan Perinatologi capaian kinerja mendapat nilai 87,5% masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu pada Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria terdapat 35,98 % dikarenakan pasien yang masuk ke RS ini dengan penyulit Oligohidramnion, PK II Lama, Letsu, Riwayat SC, PEB, CPD, Letak Lintang, KPD, HT Gestasional, Obesitas, Bayi Besar, Hydrocephalus, dan PP Totalis.

2.2.6 Pelayanan Intensif

| INTENSIF | | | | |
|----------|---|-------------|----------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | <3% | 0% | Tercapai |
| 2 | Pemberi pelayanan Unit Intensif | 100% | 54,33% | Tidak Tercapai |

Pada Pelayanan Intensif capaian kinerja mendapat nilai 50% masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu pada Pemberi pelayanan Unit Intensif 54,33% karena Jumlah perawat ICU yang memiliki sertifikat pelatihan ICU mahir = 0 orang, Jumlah perawat ICU yang memiliki sertifikat pelatihan ICU dasar = 6 orang, Jumlah perawat ICU yang pernah mengikuti magang di ICU RSUD Ulin Banjarmasin selama 1 bulan = 3 orang.

2.2.7 Pelayanan Radiologi

| RADIOLOGI | | | | |
|-----------|--|-------------|----------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | <3 Jam | 0,5 Menit | Tercapai |
| 2 | Pelaksana ekspertisi | 100% | 0,0018% | Tidak Tercapai |
| 3 | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen | < 2% | 0,001% | Tercapai |
| 4 | Kepuasan pelanggan | > 80% | 93,11% | Tercapai |

Pada Pelayanan Radiologi capaian kinerja mendapat nilai 75% masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu pada Pelaksana ekspertisi 0,0018 % karena Hasil Ekspertisi dibaca oleh dokter pengirim, karena tidak tersedianya dokter Spesialis Radiologi.

2.2.8 Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

| LABORATORIUM | | | | |
|--------------|---|-------------|------------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. | < 140 Menit | 97 Menit 5 detik | Tercapai |
| 2 | Pelaksana ekspertisi | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100% | Tercapai |
| 4 | Kepuasan pelanggan | >80% | 89,11% | Tercapai |

Pada Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 4 indikator semua realisasi target tercapai.

2.2.9 Pelayanan Rehabilitas Medik

| REHABILITASI MEDIK | | | | |
|--------------------|---|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan | < 50% | 15,34% | Tercapai |
| 2 | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Kepuasan Pelanggan | >80% | 81,63% | Tercapai |

Pada Pelayanan Rehabilitas Medik capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 3 indikator semua realisasi tercapai.

2.2.10 Pelayanan Farmasi

| FARMASI | | | | |
|---------|---|-------------|------------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi | < 30 menit | 54 detik | Tercapai |
| | b. Racikan | < 60 menit | 1 Menit 67 detik | Tercapai |
| 2 | Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Kepuasan pelanggan | >80% | 92,82% | Tercapai |
| 4 | Penulisan resep sesuai formularium | 100% | 74,83% | Tidak Tercapai |

Pada Pelayanan Farmasi capaian kinerja mendapat nilai 75 % masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu pada penulisan resep sesuai formularium yaitu 74,83% dikarenakan 1. Jenis tetes mata yang hanya tersedia sedikit di formularium nasional; 2. Vitamin dan suplemen anak dan dewasa banyak yang tidak masuk formularium nasional; 3. Obat generik dan suplemen syaraf tidak masuk formularium nasional; 4. Obat formularium nasional dan e-catalog sering kosong dalam jangka waktu lama, sehingga harus melakukan pemesanan obat diluar formularium nasional; 5. Kesalahan pengertian item formularium nasional dan non formularium nasional; 6. Obat formularium nasional yang dipesan rumah sakit hanya beberapa dari jumlah obat formularium nasional karena tidak seluruh obat formularium nasional digunakan di rumah sakit, contoh obat kemoterapi dan lain-lain.

2.2.11 Pelayanan Gizi

| GIZI | | | | |
|------|---|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | >90% | 97,92% | Tercapai |
| 2 | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | <20% | 13,67% | Tercapai |
| 3 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Gizi capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 3 indikator semua realisasi tercapai.

2.2.12 Pelayanan UTDRS

| UTDRS | | | | |
|-------|---|-------------|----------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100% | 95,92% | Tidak Tercapai |
| 2 | Kejadian reaksi transfuse | <0,01% | 0,01% | Tidak Tercapai |

Pada Pelayanan UTDRS capaian kinerja mendapat nilai 0 % 2 indikator yang tidak tercapai yaitu pada kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi mendapat nilai 95,92% dikarenakan pasien pulang atas permintaan sendiri, pasien dirujuk ke rumah sakit lain sehingga kebutuhan darah pelayanan tranfusi tidak mencapai target. Pada indikator kejadian reaksi transfusi mendapat nilai 0,01 % terdapat reaksi yang timbul didalam tubuh pasien pada saat transfusi, reaksi tranfusi berhubungan dengan penyakit yang diderita pasien tingkat keparahan penyakit.

2.2.13 Pelayanan GAKIN

| PELAYANAN GAKIN | | | | |
|-----------------|--|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan GAKIN capaian kinerja mendapat nilai 100 % terealisasi target tercapai.

2.2.14 Pelayanan Rekam Medis

| REKAM MEDIK | | | | |
|-------------|---|-------------|------------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 95,08% | Tidak Tercapai |
| 2 | Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | <10 Menit | 3 Menit 5 Detik | Tercapai |
| 4 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | <15 Menit | 7 Menit 12 Detik | Tercapai |

Pada Pelayanan Rekam Medis capaian kinerja mendapat nilai 75 % masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu 95,08% pada Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.

2.2.15 Pelayanan Pengelolaan Limbah

| PENGELOLAAN LIMBAH | | | | |
|--------------------|---|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Baku mutu limbah cair | 100% | 100% | Tercapai |
| 2 | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Pengelolaan Limbah capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 2 indikator semua terealisasi target tercapai.

2.2.16 Pelayanan Administrasi dan Manajemen

| Administrasi dan manajemen | | | | |
|----------------------------|---|-------------|----------------|----------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 100% | Tercapai |
| 2 | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100% | Tercapai |
| 4 | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | Tercapai |
| 5 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | >60% | 30% | Tidak Tercapai |
| 6 | Cost recovery | >40% | 74,78% | Tercapai |
| 7 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 100% | Tercapai |
| 8 | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | < 2 Jam | < 1 Jam | Tercapai |
| 9 | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen capaian kinerja mendapat nilai 88,88 % masih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai yaitu pada karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 30% dikarenakan keterbatasan anggaran untuk pelatihan pada RSUD Balangan.

2.2.17 Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah

| Ambulance/Kereta Jenazah | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------|-------------------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah | 24 Jam | 24 Jam | Tercapai |
| 2 | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit | <30 Menit | <30 Menit | Tercapai |
| 3 | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | Sesuai Ketentuan Daerah | Sesuai Ketentuan Daerah | Tercapai |

Pada Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 3 indikator semua realisasi tercapai.

2.2.18 Pelayanan Pemulasaran Jenazah

| Pemulasaran Jenazah | | | | |
|---------------------|--|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah | < 2 Jam | ≤ 1 Jam | Tercapai |

Pada Pelayanan Pemulasaran Jenazah capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 1 indikator semua realisasi target tercapai.

2.2.19 Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit

| Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | | | | |
|---|--|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | <80% | 100% | Tercapai |
| 2 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100% | 100% | Tercapai |
| 3 | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 3 indikator semua realisasi tercapai.

2.2.20 Pelayanan Laundry

| Pelayanan Laundry | | | | |
|-------------------|---|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100% | 100% | Tercapai |
| 2 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Laundry capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 2 indikator semua realisasi tercapai.

2.2.21 Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

| PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------|----------------|------------|
| No | INDIKATOR | TARGET 2022 | REALISASI 2022 | PENCAPAIAN |
| 1 | Ada anggota Tim PPI yang terlatih | 75% | 100% | Tercapai |
| 2 | Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen | 60% | 100% | Tercapai |
| 3 | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) | 75% | 100% | Tercapai |

Pada Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi capaian kinerja mendapat nilai 100 % dari 3 indikator semua realisasi tercapai.

2.3 REKAPITULASI SPM RSUD BALANGAN TAHUN 2022

| No | Jenis Pelayanan | Jumlah Indikator | Tidak Tercapai | Tercapai | % Capaian |
|----|---|------------------|----------------|----------|-----------|
| 1 | Gawat Darurat | 8 | 2 | 6 | 75,00% |
| 2 | Rawat Jalan | 7 | 1 | 6 | 85,71% |
| 3 | Rawat Inap | 11 | 1 | 10 | 90,90% |
| 4 | Bedah Sentral | 7 | | 7 | 100,00% |
| 5 | Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | 8 | 1 | 7 | 87,50% |
| 6 | Intensif | 2 | 1 | 1 | 50,00% |
| 7 | Radiologi | 4 | 1 | 3 | 75,00% |
| 8 | Laboratorium Patologi Klinik | 4 | | 4 | 100,00% |
| 9 | Rehabilitasi Medik | 3 | | 3 | 100,00% |
| 10 | Farmasi | 4 | 1 | 3 | 75,00% |
| 11 | Gizi | 3 | | 3 | 100,00% |
| 12 | Unit Transfusi Darah | 2 | 2 | | 00,00% |
| 13 | Pelayanan GAKIN | 1 | | 1 | 100,00% |
| 14 | Rekam Medik | 4 | 1 | 3 | 75,00% |
| 15 | Pengelolaan Limbah | 2 | | 2 | 100,00% |
| 16 | Administrasi dan Manajemen | 9 | 1 | 8 | 88,88% |
| 17 | Ambulance/Kereta Jenazah | 3 | | 3 | 100,00% |
| 18 | Pemulasaraan Jenazah | 1 | | 1 | 100,00% |
| 19 | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | 3 | | 3 | 100,00% |
| 20 | Pelayanan Laundry | 2 | | 2 | 100,00% |
| 21 | Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) | 3 | | 3 | 100,00% |
| | | 91 | 12 | 79 | 86,81% |
| | | | 13,19% | 86,81% | 100% |

BAB III PENUTUP

Demikian Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Balangan Semester II Tahun 2022 dibuat sebagai bentuk Pertanggungjawaban Pelayanan Publik. Capaian kinerja mendapat nilai 86,81 % yaitu 79 indikator yang tercapai masih terdapat 12 indikator yang tidak tercapai dari 91 indikator dan 21 jenis pelayanan yang ada di RSUD Balangan. Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan suatu bentuk kontrak kinerja yang dilakukan antara Direktur RSUD Balangan dengan Kepala Daerah. Standar Pelayanan Minimal ini juga merupakan suatu bentuk kontrak kinerja antara Pimpinan RSUD Balangan dengan setiap unit kerja. Dalam Sistem Manajemen Mutu Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini juga sebagai sasaran mutu unit kerja yang memerlukan pemantuan secara terstruktur dan sistematis. Dalam siklus Total Quality Management (TQM) setiap parameter Standar Pelayanan Minimal perlu dipantau pencapaiannya yang akan dilakukan dalam kegiatan audit internal. Fungsi audit Internal merupakan pemetaan berkala dalam kegiatan rapat tinjauan manajemen sebagai media untuk melakukan review arah dan capaian serta evaluasi kegiatan rumah sakit.

Dengan tersusunnya laporan ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan evaluasi dalam rangka mengoptimalkan urusan wajib daerah di Bidang Pelayanan Dasar Kesehatan RSUD Balangan. Semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Paringin, Februari 2023

The stamp is circular with the text "PEMERINTAH KABUPATEN BALANGAN" around the perimeter and "BLUD - RSUD" in the center. A signature is written over the stamp.
Direktur BLUD RSUD Balangan ^{ns}
Drg. Sudirman, MM
NIP. 19700126 200212 1 006