

RSUD  
AJI MUHAMMAD  
PARIKESIT  
*Parikesit Pilihan Terbaik*

20

25

# LAPORAN SPM

*Standar Pelayanan Minimal*  
Pelayanan Kesehatan

**BerAKHLAK**  
Berorientasi Pelayanan • Kuntabel • Kompeten  
Harmonis •oyal • dapat •olaboratif

**#** bangga  
melayani  
bangsa

Disusun oleh  
*RSUD Aji Muhammad Parikesit*



## DAFTAR ISI

Halaman Judul

### KATA PENGANTAR

### DAFTAR ISI

#### BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang..... 1
- B. Maksud dan Tujuan Penyusunan SPM ..... 2
- C. Pengertian SPM..... 2

#### BAB II SISTEMATIKA

- A. Sistematika Penyusunan SPM ..... 3

#### BAB III STRUKTUR ORGANISASI..... 4

#### BAB IV JENIS-JENIS PELAYANAN

- A. Jenis-jenis Pelayanan di RSUD Aji Muhammad Parikesit ..... 5
- B. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator Kinerja dan Standar ..... 5

#### BAB V HASIL DAN ANALISIS

- A. Capaian Hasil dan Analisis tahun 2025..... 12

#### BAB VI KESIMPULAN

- Kesimpulan..... 50

#### BAB VII PENUTUP ..... 52



## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, kami sampaikan Laporan Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit tahun 2025. Laporan ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban dan evaluasi atas pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RSUD Aji Muhammad Parikesit.

Kinerja organisasi merupakan hasil yang dapat diukur dan mampu menggambarkan keadaan organisasi sesuai dengan indikator ditetapkan yang dapat menjadi landasan perumusan kebijakan serta strategi untuk perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan. Bidang kesehatan sebagai salah satu bagian dari pelayanan publik perlu terus berupaya untuk meningkatkan kinerja agar kualitas pelayanan meningkat. Pengukuran indikator kinerja dapat digunakan sebagai dasar untuk mengukur keberhasilan atau kegagalan sasaran strategis yang telah ditetapkan.

Kementerian Kesehatan telah menyusun indikator kinerja bagi rumah sakit melalui Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Selain itu terdapat pula Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Standar Pelayanan Minimal yang menjadi acuan bagi RSUD Aji Muhammad Parikesit dalam pemberian layanan kepada masyarakat.

Berdasarkan peraturan tersebut, dilakukan evaluasi secara periodik mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan atas hasil pelaksanaan kegiatan yang disajikan dalam bentuk laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Informasi dan analisis yang disajikan akan menjadi *feed back* untuk merumuskan kebijakan serta strategi perbaikan dalam rangka peningkatan mutu layanan kesehatan. Laporan Standar Pelayanan Minimal ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban



RSUD Aji Muhammad Parikesit sebagai instansi pemerintah yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) atas pengelolaan seluruh sumber daya yang dialokasikan.

Pada kesempatan yang baik ini saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada seluruh jajaran RSUD Aji Muhammad Parikesit baik jabatan struktural, fungsional, dan pelaksana atas kerja keras serta usaha yang dilakukan dalam penyelenggaraan kegiatan sesuai tugas dan fungsinya sehingga Standar Pelayanan Minimal tahun 2025 dapat dicapai dengan baik. Kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penyusunan laporan ini. Untuk itu, kami sangat mengharapkan masukan dan saran yang membangun demi perbaikan capaian SPM dimasa mendatang. Semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan RSUD Aji Muhammad Parikesit.

Tenggarong Seberang, April 2026



Ditandatangani Secara Elektronik Oleh:  
Plt. Direktur,  
**Dr. dr. Martina Yulianti, Sp.PD., FINASIM, M.Kes (MARS)**  
Pembina Utama Muda



## BAB I PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Tuntutan masyarakat terhadap peningkatan pelayanan publik semakin tinggi seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi dan globalisasi. Kondisi ini merupakan tantangan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Kutai Kartanegara yang merupakan instansi layanan kesehatan milik Pemerintah Daerah untuk mewujudkan tanggung jawab meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja manfaat bagi masyarakat. Pencapaian kinerja berkaitan dengan standar kinerja yang telah ditetapkan sesuai target berdasarkan standar yang dibutuhkan masyarakat secara minimal.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan indikator penting agar kinerja dapat diukur secara baik dan dapat dipertanggung jawabkan kepada masyarakat secara transparan. SPM adalah ketentuan jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga atau masyarakat secara minimal. SPM juga dapat dijadikan patokan mutu pelayanan minimal yang diberikan bagi masyarakat untuk dimanfaatkan, dan menjadi ukuran persepsi masyarakat terhadap kualitas pelayanan publik.

Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit sebagai rumah sakit rujukan regional Kalimantan Timur terus berkomitmen untuk meningkatkan kualitas pelayanan baik pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang maupun pelayanan non medis. Salah satu upaya untuk mewujudkan komitmen tersebut yaitu dengan melakukan pemantauan dan evaluasi capaian indikator SPM per triwulan. Hal ini dilakukan sebagai feedback kepada seluruh Unit Kerja pelayanan dan merupakan bagian dari proses perbaikan pelayanan secara terus menerus (*continual improvement*).



## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

### **1. MAKSUD**

Menyediakan data capaian indikator SPM sebagai indikator yang terukur dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan di RSUD Aji Muhammad Parikesit

### **2. TUJUAN**

- a. Menyampaikan data capaian SPM yang akan dibandingkan dengan standar pelayanan yang harus dipenuhi.
- b. Melakukan analisis permasalahan terhadap data capaian SPM.
- c. Membuat rekomendasi perbaikan terhadap capaian SPM yang masih rendah untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- d. Membuat rekomendasi upaya untuk mempertahankan SPM yang sudah tercapai.
- e. Meningkatkan akuntabilitas staf pemberi pelayanan.
- f. Memfasilitasi evaluasi dan perbaikan berkelanjutan
- g. Menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

## **C. PENGERTIAN SPM**

### **1. Umum**

SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

### **2. Khusus**

- a. Merupakan alat untuk mengukur kinerja secara baik;
- b. Sebagai alat perencanaan bisnis dan anggaran;
- c. Sebagai alat pengendali



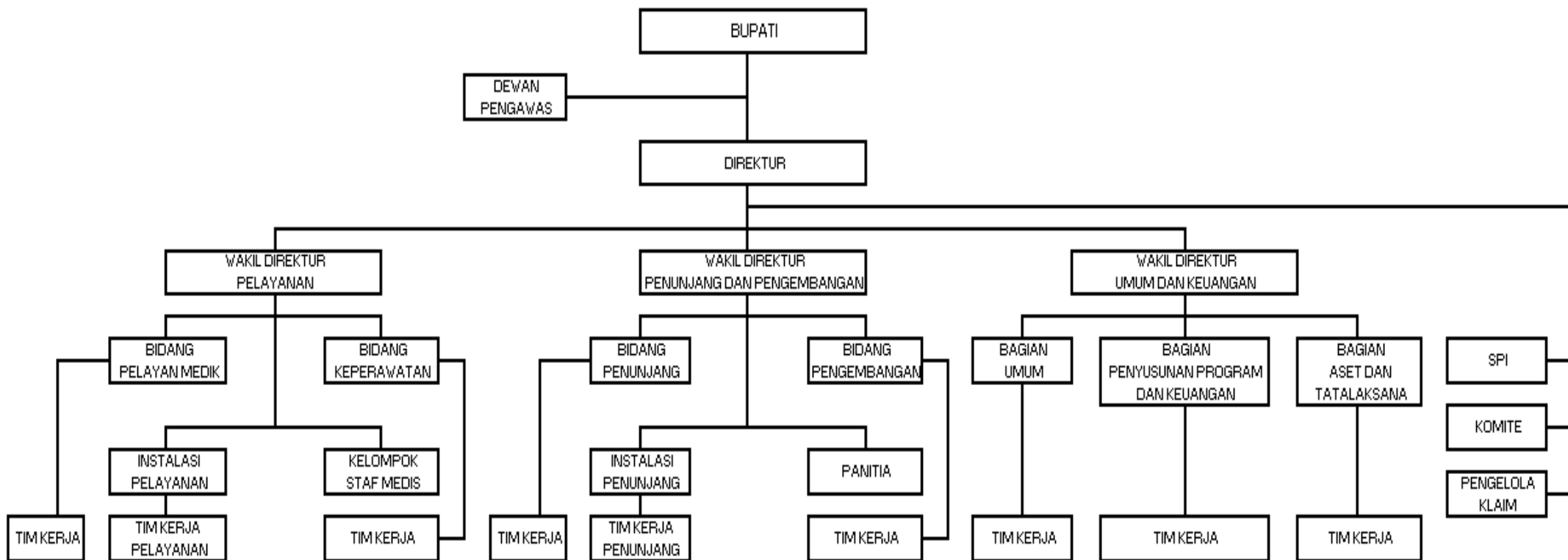
**BAB II  
SISTEMATIKA PENYUSUNAN  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT**

**Sistematika penyusunan Dokumen SPM, meliputi :**

- I. Pendahuluan
  - a. Latar Belakang
  - b. Maksud dan Tujuan Penyusunan SPM
  - c. Pengertian SPM
- II. Sistematika Penulisan Standar Pelayanan Minimal
- III. Struktur Organisasi
- IV. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit:
  - a. Jenis-jenis Pelayanan Rumah Sakit
  - b. Standar Pelayanan Minimal Setiap Jenis Pelayanan, Indikator Kinerja dan Standar
- V. Capaian Hasil dan Analisis Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Triwulan 3 Tahun 2024
- VI. Kesimpulan
- VII. Penutup

## BAB III

### STRUKTUR ORGANISASI RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT KAB. KUTAI KARTANEGARA



Sumber : Peraturan Bupati Kutai Kartanegara No. 58 tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang, serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit

**BAB IV  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT**

**A. JENIS - JENIS PELAYANAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT**

RSUD Aji Muhammad Parikesit yang ditetapkan untuk jenis-jenis pelayanan meliputi :

NO.	JENIS PELAYANAN	NO.	JENIS PELAYANAN
1	Gawat Darurat	11	Gizi
2	Rawat Jalan	12	Tranfusi Darah
3	Rawat Inap	13	Rekam Medis
4	Bedah Sentral	14	Pengelolaan Limbah
5	Persalinan, Perinatologi	15	Administrasi dan Manajemen
6	Intensif	16	Ambulan
7	Radiologi	17	Pemulasaraan Jenazah
8	Laboratorium, Patologi Klinik	18	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
9	Rehabilitasi Medik	19	Pelayanan Laundry
10	Farmasi	20	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
		21	Central Sterile Supply Department

**B. STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR KINERJA DAN STANDAR**

Pelaksanaan SPM sesuai Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 16 Tahun 2019 ada 21 jenis pelayanan yang wajib dilaksanakan rumah sakit dengan 110 Indikator. SPM RSUD Aji Muhammad Parikesit dengan rincian sebagai berikut :

1. Pelayanan Gawat Darurat, ada 8 (delapan) indikator yaitu;
  - a. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa ( 100 % )



- b. Jam buka pelayanan gawat darurat ( 24 Jam )
  - c. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ACLS/BTCLS/PPGD ( 100 %)
  - d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana ( 1 Tim )
  - e. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat ( $\leq 5$  menit setelah pasien datang )
  - f. Kepuasan pelanggan ( $\geq 80$  % )
  - g. Kematian pasien  $< 8$  jam ( $\leq 2$  ‰ (per seribu) pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
  - h. Tidak adanya pasien yang harus membayar uang muka (100 %)
2. Pelayanan Rawat Jalan, ada 7 (tujuh) indikator yaitu;
- a. Dokter Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis (100%)
  - b. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan (Min.Kes Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah)
  - c. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (08.00-14.00) (100%)
  - d. Waktu tunggu di rawat jalan ( $\leq 60$  menit)
  - e. Kepuasan pelanggan di Rawat Jalan ( $\geq 80$ %)
  - f. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM (60%)
  - g. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit (100%)
3. Pelayanan Rawat Inap, ada 12 (dua belas) indikator yaitu;
- a. Pemberi pelayanan di rawat inap; (Dokter spesialis, Perawat minimal pendidikan D3) (100 %)
  - b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap ( 100 % )
  - c. Ketersediaan pelayanan rawat inap (minimal: anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah) (100%)
  - d. Jam visite dokter spesialis (08.00-14.00) ( 90% )
  - e. Kejadian infeksi pasca operasi ( $\leq 1,5$  %)
  - f. Kejadian infeksi nosokomial ( $\leq 1,5$  %)
  - g. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian ( 100 %)
  - h. Kematian pasien  $> 48$  jam (NDR  $\leq 25$ /Mill)
  - i. Kejadian pulang paksa ( $\leq 5$  %)



- j. Kepuasan pelanggan ( $\geq 80\%$ )
- k. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM (60%)
- l. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit (100%)
4. Pelayanan Bedah Sentral, ada 7 (tujuh) indikator yaitu;
  - a. Waktu tunggu operasi elektif ( $\leq 2$  hari )
  - b. Kejadian kematian di meja operasi ( $\leq 1\%$  )
  - c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi ( 100 % )
  - d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang ( 100 % )
  - e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi ( 100 % )
  - f. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi ( 100 % )
  - g. Komplikasi anestesi karena *overdosis*, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi *endotracheal tube* ( $\leq 6\%$  )
5. Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB ada 9 (sembilan) indikator yaitu;
  - a. Angka kematian ibu (215 per 100.000 kelahiran hidup / 0,22%)
  - b. Angka kematian bayi (13 per 1000 kelahiran hidup)
  - c. Pemberi pelayanan persalinan normal; (100%)
    - 1) Dokter Sp.OG
    - 2) Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)
    - 3) Bidan
  - d. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEK yang terlatih ) (100%)
  - e. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi;
    - 1) Dokter Sp.OG
    - 2) Dokter Sp. A
    - 3) Dokter Sp. An
  - f. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram ( 100 % )
  - g. Pertolongan persalinan melalui *section cesaria* ( $\leq 20\%$  )
  - h. Keluarga Berencana;



- 1) Presentase KB (Vasektomi & Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.SpB, dr.SpU dan dokter umum terlatih (100%)
- 2) Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih (100%)
  - i. Kepuasan pelanggan ( $\geq 80\%$ )
6. Pelayanan Intensif, ada 3 (tiga) indikator yaitu;
  - a. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama  $< 72$  jam ( $\leq 3\%$ )
  - b. Pemberi pelayanan unit intensif;
    - 1) Dokter Sp. Anestesi dan Dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani,
    - 2) 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU /setara (D4).
7. Radiologi, ada 4 (empat) indikator yaitu;
  - a. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto ( $\leq 3$  Jam)
  - b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan (dokter Sp.Rad 100%)
  - c. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto  $\leq 2\%$ )
  - d. Kepuasan pelanggan ( $\geq 80\%$ )
8. Laboratorium Patologi Klinik ada 5 (lima) indikator yaitu;
  - a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium ( $\leq 140$  menit – kimia darah rutin)
  - b. Pelaksana ekspertisi (dokter Sp.PK 100%)
  - c. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium (100%)
  - d. Kepuasan pelanggan ( $\geq 80\%$ )
  - e. Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium ( $\leq 2\%$ )
9. Rehabilitasi Medik ada 3 (tiga) indikator yaitu :
  - a. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan ( $\leq 50\%$ )
  - b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik (100%)
  - c. Kepuasan pelanggan. ( $\geq 80\%$ )
10. Farmasi ada 5 (lima) indikator yaitu;

- a. Waktu tunggu pelayanan:
    - 1) Obat Jadi ( $\leq 30$  Menit)
    - 2) Racikan ( $\leq 60$  Menit)
  - b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat (100%)
  - c. Kepuasan pelanggan ( $\geq 80\%$ )
  - d. Penulisan resep sesuai formularium ( $\leq 90\%$ )
11. Gizi ada 3 ( tiga ) indikator yaitu;
- a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien ( $\geq 90\%$ )
  - b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien ( $\leq 20\%$ )
  - c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet (100%)
12. Tranfusi Darah ada 2 ( dua ) indikator yaitu :
- a. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi (100%)
  - b. Kejadian reaksi tranfusi ( $\leq 0,01\%$ )
13. Rekam Medik ada 5 ( lima ) indikator :
- a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (100%)
  - b. Kelengkapan Informed Consent setelah, mendapatkan informasi yang jelas (100%)
  - c. Pengembalian rekam medik ( $\geq 80\%$ )
  - d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan (Rerata  $\leq 10$  Menit)
  - e. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ( $\leq 15$  Menit).
14. Pengelolaan Limbah ada 7 ( tujuh ) indikator;
- a. Baku mutu limbah cair; BOD ( $< 30$  mg/l),
  - b. Baku mutu limbah cair, COD ( $< 80$  mg/l),
  - c. Baku mutu limbah cair, TSS ( $< 30$  mg/l)
  - d. Baku mutu limbah cair, PH (6-9)
  - e. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan (100%)
  - f. Inspeksi kesehatan lingkungan Rumah Sakit ( $\geq 7500$ )
  - g. Proper lingkungan (Biru)
15. Administrasi dan Manajemen ada 11 ( Sebelas ) indikator yaitu :
- a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi (100%)

- b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja (100%)
  - c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat (100%)
  - d. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala (100%)
  - e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun ( $\geq 60\%$ )
  - f. *Cost Recovery* ( $\geq 65\%$ )
  - g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan (100%)
  - h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan rawat inap ( $\leq 2$  jam)
  - i. Ketepatan waktu pemberian imbalan ( insentif ) sesuai kesepakatan waktu (100%)
  - j. Kesesuaian jumlah Surat Elegibilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan terhadap jumlah SEP yang diklaimkan (100%)
  - k. Level IT terintegrasi (siloed 2)
  - l. Kecepatan waktu tanggap complain ( $\geq 80\%$ )
16. Ambulance ada 3 (tiga) indikator yaitu :
- a. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah (24 jam)
  - b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit ( $\leq 230$  menit)
  - c. Respon Time pelayanan ambulance oleh masyarakat. ( $\leq 45$  menit)
17. Pemulasaraan Jenazah ada 1 ( satu ) indikator yaitu :
- a. Waktu tanggap (respon time) pelayanan Pemulasaraan jenazah. ( $\leq 2$  jam )
18. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit ada 5 (lima) indikator yaitu:
- a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ( $\geq 80\%$ )
  - b. Kecepatan waktu pemeliharaan alat Kesehatan (100%)
  - c. Kecepatan waktu pemeliharaan alat non Kesehatan (100%)
  - d. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi (100%)
19. Pelayanan Laundry ada 2 ( dua ) indikator yaitu;
- a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang (100%)
  - b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap (100%)



20. Pencegahan dan Pengendalian infeksi (PPI) ada 7 ( tujuh ) indikator yaitu;
- Ada anggota tim pencegahan infeksi / departemen (anggota Tim PPI yang terlatih 75%)
  - Tersedia APD di setiap instalasi / departemen (75%)
  - Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (*Health Care Associated Infection*) di rumah sakit ( minimal 1 parameter) (75%).
  - Angka kejadian decubitus ( $\leq 1,5\%$ )
  - Angka kejadian phlebitis ( $\leq 5\%$ )
  - Angka kejadian infeksi saluran kemih ( $\leq 4,7\%$ )
  - Angka kejadian infeksi daerah operasi ( $\leq 2\%$ )
21. *Central Sterile Supply Department* ada 2 ( dua ) indikator yaitu;
- Keberhasilan hasil uji bowie dick pada mesin sterilisasi *autoclave* (100%)
  - Peralatan medis memenuhi uji kelayakan setelah dilakukan dekontaminasi ( $\geq 90\%$ )

**BAB V  
HASIL DAN ANALISIS**

**A. CAPAIAN HASIL DAN ANALISIS STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT TAHUN 2025**

**1. Data SPM Pelayanan Gawat Darurat**

**Tabel V.1 Data SPM Pelayanan Gawat Darurat RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.	
			2022	2023	2024			
INSTALASI RAWAT DARURAT	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI	
	2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	TERCAPAI	
	3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ACLS/ BTCLS/PPGD	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI	
	4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	1 tim	1 tim	1 tim	TERCAPAI	
	5	Waktu tanggap pelayanan dokter umum /jaga di gawat darurat	≤ 5 (lima) menit	1 mnt	1 mnt	1 mnt	TERCAPAI	
	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	82.79%	85.73%	93.35%	84.04%	TERCAPAI
	7	Kematian pasien ≤ 8 Jam	≤ 2 per seribu (‰)	5.79 ‰	1.75 ‰	3.14 ‰	2.75 ‰	BELUM TERCAPAI
	8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI

**Analisa :**

Dari tabel di atas diketahui bahwa indikator SPM pelayanan gawat darurat tahun 2025 ada 1 (satu) capaian yang belum tercapai yaitu pada indikator Kematian Pasien ≤ 8 Jam sebesar 2.75 ‰ disebabkan terdapat 88 pasien yang meninggal dalam periode < 24 jam sejak datang di rawat darurat dari 31.954



pasien yang ditangani, jika dibandingkan dengan tahun 2024 dengan capaian 3.14 %. Penyebab tidak tercapainya SPM dikarenakan :

- a. Penanganan kegawatdaruratan yang belum optimal akibat peningkatan jumlah pasien tertahan dan peningkatan jumlah kunjungan pasien di UGD sehingga jumlah perawat dan dokter di UGD belum sesuai jumlah pasien UGD /ABK pada saat kunjungan meningkat.
- b. Ketidak patuhan dokter umum UGD dalam menjalankan SPO konsultasi DPJP seperti melakukan konsultasi via wa saat terjadi perburukan kondisi pasien dan tidak segera mengalihkan konsultasi ke DPJP lain jika DPJP tidak terhubung sehingga keterlambatan pemberian terapi.
- c. Penanganan kegawatdaruratan *prahospital* fasyankes (puskesmas /klinik) yang belum optimal seperti terapi oksigen atau pemberian cairan sebelum fasyankes merujuk ke UGD.
- d. Belum ada penilaian kompetensi secara khusus pada dokter umum UGD terkait ketepatan penanganan kegawatdaruratan dan kecepatan mengenali tanda gawatdarurat di area resusitasi dan observasi pada kasus death case.
- e. Kurangnya pengetahuan masyarakat dalam deteksi dini tanda bahaya khususnya pasien jantung, hipertensi, stroke, CKD, DM sehingga seringkali pasien datang dalam kondisi terminal.

#### **Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Rekomendasi dari tidak tercapainya kematian Pasien  $\leq 8$  Jam berupa perbaikan

- a. Penanganan kegawatdaruratan semakin ditingkatkan dengan upaya penambahan tenaga perawat dan dokter di UGD, seiring dengan saat meningkatnya jumlah kunjungan pasien yang membutuhkan layanan cepat dan tepat.
- b. Kepatuhan dokter umum UGD dalam menjalankan SPO konsultasi DPJP semakin diperkuat, dengan upaya peningkatan komunikasi yang lebih efisien dan responsif dalam situasi kritis.
- c. Penanganan kegawatdaruratan prahospital di fasyankes terus ditingkatkan dengan pelatihan dan penyediaan fasilitas seperti terapi oksigen dan pemberian cairan sebelum merujuk pasien ke UGD. Dengan cara Sebelum



- merujuk pasien, tenaga medis di fasyankes wajib berkomunikasi dengan petugas penerima rujukan di UGD melalui SISRUITE atau komunikasi seluler. Penilaian awal dilakukan untuk menentukan apakah pasien termasuk kategori MNE (Maternal Neonatal Emergency) atau Non MNE. Pada kasus MNE, bidan berkolaborasi dengan dokter UGD dalam triase prahospital dan berkomunikasi langsung dengan dokter spesialis obgyn jika diperlukan. Sementara itu, pada kasus Non MNE, dokter umum akan berkoordinasi dengan fasyankes untuk memastikan stabilisasi pasien sebelum dirujuk. Jika tindakan medis darurat diperlukan tetapi fasilitas di fasyankes tidak mencukupi, pasien dapat ditransfer ke RS terdekat sebelum diteruskan ke RSUD Aji Muhammad Parikesit. Untuk kasus gawat darurat, tim resusitasi UGD dan ruang rawat inap akan dipersiapkan sebelum pasien tiba. Seluruh rujukan dari fasyankes di wilayah Kutai Kartanegara wajib diterima oleh rumah sakit dan jika tidak dapat dirawat, RSUD Aji Muhammad Parikesit bertanggung jawab untuk merujuk pasien ke Rumah sakit lain.
- d. Kompetensi dokter umum UGD dalam penanganan kegawatdaruratan semakin ditingkatkan melalui penilaian khusus, guna memastikan kecepatan dan ketepatan dalam mengenali tanda gawat darurat.
  - e. Kesadaran masyarakat tentang deteksi dini tanda bahaya, khususnya pada penyakit jantung, *hipertensi*, *stroke*, *CKD (Chronic Kidney disease)* dan *DM (Diabetes mellitus)*, semakin ditingkatkan melalui edukasi yang lebih luas di fasyankes agar pasien dapat datang dalam kondisi yang lebih stabil. Dengan tahapan sebagai berikut Berkordinasi dengan tim Promosi Kesehatan RSUD Parikesit, untuk update dalam memberikan informasi penyakit dengan mortalitas tinggi atau kasus yang cukup banyak atau kasus yang meningkat dalam waktu dekat. Edukasi yang telah dilakukan promosi kesehatan RSUD Aji Muhammad Parikesit seperti melalui podcast terkait informasi pneumonia dengan menghadirkan narasumber sp. Paru, melakukan seminar deteksi dini kanker dan tatalaksana dengan menghadirkan narasumber spesialis Bedah Onkologi dan Hematoonkologi, melakukan talkshow terkait penyakit jantung dan pencegahannya pada acara sunday morning dengan menghadirkan spesialis jantung, serta bentuk edukasi lain yang telah dipublikasikan baik

dalam channel youtube ataupun mediasosial instagram RSUD Aji Muhammad Parikesit.

## 2. Data SPM Pelayanan Rawat Jalan

**Tabel V.2. Data SPM Pelayanan Rawat Jalan RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
PELAYANAN RAWAT JALAN	1 Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	2 Ketersediaan pelayanan rawat jalan (klinik: anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah)	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	3 Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (08.00-14.00)	100%	94.98%	99.49%	99.93%	99.95%	BELUM TERCAPAI
	4 Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	85 mnt	70 mnt	53 mnt	63 mnt	BELUM TERCAPAI
	5 Kepuasan pelanggan	≥ 80%	89.10%	90.40%	94.26%	92.69%	TERCAPAI
	6 Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM	≥ 60%	79.72%	76.21%	89.62%	93.19%	TERCAPAI
	7 Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI

### Analisa :

Berdasarkan hasil capaian indikator pelayanan rawat jalan pada tahun 2025 terdapat 2 (satu) indikator yang belum tercapai yaitu

- a. Indikator Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (08.00-14.00) dengan capaian sebesar 99.95% bila dibandingkan 3 (tiga) tahun terakhir dengan hasil capaian meningkat sebesar 2.50%. Adanya capaian pada tahun 2025 masih belum tercapai disebabkan masih terdapat beberapa DPJP visite di atas jam 14.00, hal ini terjadi karena;

- Cara pengambilan data oleh unit belum valid dimana belum ada pemisahan/penandaan pada supervisi entrian untuk kriteria *ekslusi*.
  - Pengaturan waktu pelayanan poli yang sudah terjadwal dengan waktu visite ke ruang rawat inap yang selalu bersamaan setiap harinya, dan juga adanya tindakan operasi bagi DPJP bedah.
  - Beberapa DPJP menyelesaikan pelayanan di poliklinik atau tindakan operasi terlebih dahulu.
  - Kejadian tidak tercapai indikator ini terjadi pada triwulan 1 (satu) tahun 2024 dan untuk triwulan berikutnya sudah dapat teratasi dengan capaian 100%.
- b. Indikator Waktu tunggu di rawat jalan berdasarkan hasil pemantauan selama periode Januari s.d. Desember, menunjukkan tren perbaikan yang progresif ke arah pencapaian standar ( $< 60$  menit). Meskipun pada semester pertama rata-rata waktu tunggu masih berada di angka 62-69 menit, efektivitas intervensi sistem mulai terlihat pada kuartal keempat dengan keberhasilan mencapai standar pada bulan Oktober dan Desember. Hal tersebut disebabkan sebagai berikut
- Terjadi penumpukan pasien pada waktu-waktu tertentu, khususnya pada pagi hari, yang disebabkan oleh ketidaksesuaian antara waktu kedatangan pasien dan estimasi waktu pelayanan.
  - Tingginya jumlah pasien yang melakukan pendaftaran secara langsung (onsite) berdampak pada meningkatnya waktu tunggu dibandingkan dengan pasien yang mendaftar melalui sistem online.
  - Adanya keterlambatan dalam pemberian pelayanan oleh DPJP dan tenaga kesehatan, terutama pada klinik dengan jumlah kunjungan yang tinggi serta pada periode tertentu seperti bulan Ramadhan.
  - Pengelolaan alur pelayanan pasien belum berjalan secara optimal, termasuk belum diterapkannya secara menyeluruh sistem pengaturan jadwal berbasis slot waktu pelayanan.
  - Terjadi penumpukan antrean pada loket pendaftaran, terutama setelah periode hari libur panjang.

- Keterbatasan sumber daya manusia pada kondisi tertentu, misalnya ketika DPJP tunggal juga harus melaksanakan tugas pelayanan lain seperti tindakan operasi.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

- Dalam hal ketepatan waktu pelayanan DPJP di Klinik dengan terus mengembangkan sistem pelayanan dengan sistem slot pada pelayanan di Poliklinik. Proses pengembangan pelayanan telah berlangsung, kerangka konsep telah dibuat namun masih menjadi kendala jumlah kunjungan pasien onsite yang masih tinggi, sehingga diperlukan strategi / pengusulan indikator mutu unit terkait dalam hal peningkatan jumlah pasien mendaftar online, sehingga dapat menerapkan jam kedatangan pasien disertai komitmen pelayanan oleh DPJP di Poliklinik sesuai ketentuan.
- Untuk memastikan konsistensi capaian SPM di bawah 60 menit, fokus utama pada tahun 2026 adalah akselerasi transformasi digital melalui mandatori pendaftaran mJKN dengan target 80% dan optimalisasi mesin anjungan mandiri (Self Check-in). Selain itu, diperlukan penguatan manajemen alur pasien melalui penerapan sistem pendaftaran berbasis slot waktu yang ketat serta sinkronisasi jadwal dokter antara poliklinik dan ruang operasi. Langkah ini harus didukung dengan pembukaan loket administrasi 30 menit lebih awal dan edukasi masif kepada pasien agar hadir sesuai jam estimasi layanan guna menghindari penumpukan di ruang tunggu.

**3. Data SPM Pelayanan Instalasi Rawat Inap**

**Tabel V.3. Data SPM Pelayanan Rawat Inap RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
				2022	2023	2024		
PELAYANAN RAWAT INAP	1	Pemberi pelayanan di rawat inap	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
	2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (minimal: anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah)	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
4	Jam visite dokter spesialis (08.00-14.00)	≥ 90%	81.68 %	73.92 %	82.37 %	81.77%	BELUM TERCAPAI
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0%	0%	0.09%	0.05%	TERCAPAI
6	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	1.44%	0.73 %	0.74%	0.60%	TERCAPAI
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %	99.99 %	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
8	Kematian pasien > 48 jam	NDR ≤ 25‰	18.36 ‰	20.22 ‰	19.92	22.44	TERCAPAI
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	1.82%	1.47 %	0.79%	0.26%	TERCAPAI
10	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 80%	88.48 %	90.66 %	82.63 %	90.66%	TERCAPAI
11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM	≥ 60%	58.47 %	76.50 %	89.62 %	93.19%	TERCAPAI
12	Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan hasil capaian indikator pelayanan rawat inap pada tahun 2025 terdapat 1 (satu) indikator yang belum tercapai yaitu pada indikator jam visite dokter spesialis hasil capaian sebesar 81.77% disebabkan masih terdapat beberapa DPJP visite di atas jam 14.00, jika dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya mengalami penurunan sebesar 0.60%. Jika dilihat dari penyebabnya hal ini terjadi disebabkan;

- Cara pengambilan data oleh unit belum valid, belum ada pemisahan/penandaan pada supervisi entrian untuk kriteria *ekslusi*.

- Pengaturan waktu pelayanan poli yang sudah terjadwal dengan waktu visite ke ruang rawat inap yang selalu bersamaan setiap harinya, dan juga adanya tindakan operasi bagi DPJP bedah.
- Beberapa DPJP menyelesaikan pelayanan di poliklinik atau tindakan operasi terlebih dahulu.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Dalam rangka mengoptimalkan capaian indikator jam *visite* dokter spesialis, langkah strategis yang direkomendasikan adalah melakukan penyempurnaan sistem ekstraksi data melalui entri supervisi dengan menetapkan kategori eksklusif yang lebih presisi guna menjamin validitas informasi. Sejalan dengan hal tersebut, perlu diimplementasikan pelaporan kepatuhan secara periodik kepada Wakil Direktur Pelayanan, Komite Mutu, dan Komite Medik sebagai instrumen evaluasi serta stimulasi perbaikan kinerja yang berkelanjutan. Upaya ini harus diintegrasikan dengan koordinasi intensif bersama Bidang Pelayanan Medik untuk mendiseminasikan target capaian ke setiap Kelompok Staf Medis (KSM), dibarengi dengan sinkronisasi jadwal internal guna mengeliminasi tumpang tindih waktu antara layanan poliklinik dan tindakan operasi elektif.

**4. Data SPM Pelayanan Bedah Sentral**

**Tabel V.4. Data SPM Pelayanan Bedah Sentral RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
BEDAH SENTRAL	1 Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1	1	1	1	TERCAPAI
	2 Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	TERCAPAI
	3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	0.0%	0.0%	0%	0%	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan hasil capaian indikator pelayanan bedah sentral tahun 2025 dari 7 (tujuh) indikator penilaian telah tercapai seluruhnya menunjukkan efektivitas sistem keselamatan pasien di Instalasi Bedah Sentral, terutama dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSCL) yang disiplin sehingga mampu meniadakan insiden salah sisi, salah orang, maupun salah prosedur. Konsistensi ini didukung oleh koordinasi lintas unit yang solid dalam mengelola jadwal operasi elektif serta standar sterilisasi yang terjaga, yang pada akhirnya berdampak pada minimalnya komplikasi pasca-bedah dan optimalnya mutu layanan klinis bagi pasien..

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Untuk mempertahankan performa tersebut, perlunya penguatan digitalisasi melalui integrasi pelaporan indikator ke dalam sistem E-RM NUHA guna pemantauan data secara *real-time*, serta penguatan manajemen aset melalui pemeliharaan preventif dan kalibrasi alat bedah secara berkala untuk menghindari kendala teknis saat pelayanan. Selain itu, diperlukan agenda pelatihan berkelanjutan bagi tenaga perawat bedah untuk memperbarui kompetensi teknis, disertai audit klinis rutin sebagai langkah penjaminan mutu agar capaian indikator pada tahun 2025 yang telah dicapai tetap konsisten dan relevan dengan perkembangan standar akreditasi rumah sakit.

**5. Data SPM Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB**

Tabel V.5. Data SPM Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB RSUD Aji

**Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2024	KET.
				2022	2023	2024		
PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	1	Angka kematian ibu	215 per 100.000 KH		235	158	190	TERCAPAI
	2	Angka kematian bayi	13 per 1000 KH		27	27	39	BELUM TERCAPAI
	3	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
	4	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (TIM PONEK)	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
	5	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi Dokter Sp Obsgyn, Dokter Sp Anak, Dokter Sp Anestesi	100%	97.22%	94.78%	97.31%	99.30%	BELUM TERCAPAI
	6	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	98%	99.04%	93.55%	91.39%	BELUM TERCAPAI
	7	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	50%	27.95%	49.37%	58.33%	BELUM TERCAPAI
	8	Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	99.67%	BELUM TERCAPAI
	9	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	89%	89.88%	96.13%	94.64%	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan hasil capaian indikator pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB pada tahun 2025 terdapat 5 (lima) indikator yang belum tercapai sebagai berikut;

- a. Capaian Angka Kematian Bayi (AKB) selama tahun 2025 berada pada angka 39, dengan fluktuasi bulanan yang cukup tajam di mana lonjakan tertinggi terjadi pada bulan Desember (78) dan Juni (66). Analisis data menunjukkan bahwa ruang NICU menjadi titik konsentrasi utama kasus kematian, yang mayoritas dipicu oleh kondisi klinis bayi baru lahir seperti Berat Badan Lahir Rendah (BBLR/BBLSR), *Asfiksia*, dan gangguan pernapasan akut. Selain itu, ditemukan pola kematian bayi di atas 28 hari hingga 1 tahun yang muncul konsisten sejak pertengahan tahun, serta adanya faktor penyulit maternal seperti *Pre Eklampsia Berat* (PEB) dan anomali kongenital yang memperburuk prognosis keselamatan bayi sejak proses persalinan.

Bulan	Capaian (AKB)	Lokasi Kematian Utama	Penyebab Dominan / Keterangan
Januari	10	NICU	Gangguan Pernapasan (2 kasus)
Februari	36	NICU	BBLR & Asfiksia (5 kasus)
Maret	46	NICU	BBLR & BBLSR (5 kasus)
April	15	NICU	BBLSR (3 kasus)
Mei	15	NICU	Usia > 28 hari (2 kasus)
Juni	66	NICU	Lonjakan Kasus (12 kematian)
Juli	54	NICU & Perina	Usia > 28 hari & Perinatologi
Agustus	39	NICU & VK	BBLSR + Anomali Kongenital
September	56	NICU & Perina	Faktor Maternal (PEB & Prematur)
Oktober	35	NICU	Mayoritas Neonatal (< 28 hari)
November	24	NICU	Campuran (Neonatal & Post-Neonatal)
Desember	78	NICU	Puncak Tertinggi (16 kematian)

- b. Realisasi pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi pada tahun 2025 tercapai sebesar **99,30%**. Meskipun angka ini menunjukkan tren positif dengan peningkatan sebesar **1,99%** dibandingkan tahun 2024 (**97,31%**), capaian tersebut belum memenuhi target Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebesar **100%**. Seluruh data yang tercatat bersumber dari

tindakan persalinan operasi *emergency* (cito). Berdasarkan hasil evaluasi, ditemukan hambatan kritikal dalam prosedur resusitasi bayi baru lahir di ruang operasi. Sebanyak 27 dari 1.292 tindakan pada tahun 2025 tercatat tidak ditangani langsung oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Spesialis Anak. Angka ini sejatinya mengalami perbaikan signifikan jika dibandingkan dengan tahun 2024 yang mencapai 117 dari 1.449 tindakan. Kendala utama yang menghambat pencapaian target 100% meliputi:

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mencapai standar pelayanan minimal adalah menerapkan *Standar Prosedur Operasional* (SPO) dalam menghubungi DPJP Anak saat pelaksanaan SC cito. Namun, terdapat beberapa kendala. Berikut adalah rincian kendala yang teridentifikasi:

- **Puncak Kendala (Februari):** Terjadi hambatan signifikan pada bulan Februari dengan **11 kasus** bayi tidak ditangani langsung oleh Sp.A. Salah satu dampak fatal adalah terjadinya **satu kasus kematian bayi di ruang operasi** akibat ketidakhadiran spesialis yang sedang menjalankan praktik di luar RS.
  - **Faktor Geografis dan Eksternal (Mei, Juli, September, Desember):** Kendala aksesibilitas seperti kondisi banjir (Samarinda), gangguan transportasi (ban bocor), serta hambatan dalam perjalanan menuju rumah sakit menjadi penyebab berulang pada setidaknya **6 tindakan**.
  - **Faktor Kesehatan dan Keadaan Darurat (November, Desember):** Sebanyak **5 kasus** tidak tertangani langsung dikarenakan kondisi DPJP yang sedang sakit, yang mengakibatkan kekosongan kehadiran di ruang operasi saat tindakan *Sectio Caesarea* (SC) berlangsung.
- c. Evaluasi penanganan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) rentang 1500–2500 gram pada tahun 2025 mencatatkan angka capaian sebesar **91,39%**. Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2024 yang sebesar **93,55%**, terdapat penurunan kinerja sebesar **2,16%**. Berdasarkan data sebagai berikut :

Bulan	Status	Keterangan Klinis & Lokasi
Januari	Tercapai	Tidak ada kasus kematian BBLR.
Februari	3 Kematian	1 Bayi meninggal di IBS (BBLR + Asfiksia Berat).
Maret	Tercapai	Tidak ada kasus kematian BBLR.

Bulan	Status	Keterangan Klinis & Lokasi
April	1 Kematian	Diagnosa Asfiksia, Mikrosefalus, dan Kelainan Bawaan Berat.
Mei	Tercapai	Tidak ada kasus kematian BBLR.
Juni	4 Kematian	Kasus di NICU: Gangguan Napas (RDS), Hipoglikemia, dan Jaundice.
Juli	6 Kematian	5 Kasus di NICU dan 1 Kasus di Ruang Perinatologi.
Agustus	5 Kematian	Seluruh kasus kematian terkonsentrasi di Ruang NICU.
September	1 Kematian	20 dari 21 bayi berhasil ditangani (Tingkat keberhasilan 95%).
Oktober	1 Kematian	Bayi dari ibu multipara (Kehamilan ke-6) usia gestasi 36 minggu.
November	1 Kematian	Kasus Rujukan (RSUD Dayaku Raja), Ibu kehamilan ke-5, gestasi 31 minggu.
Desember	1 Kematian	Diagnosa BBLR disertai kelainan bawaan yang berat (Multiple Anomaly).

Menghadapi tantangan kompleks yang berpusat di ruang NICU dan Perinatologi, dengan fluktuasi kasus kematian yang menonjol pada periode Juni hingga Agustus. Meskipun sebagian besar bayi BBLR berhasil ditangani dengan baik—seperti pada pencapaian bulan September di mana 20 dari 21 bayi tertolong—angka mortalitas tetap dipicu oleh faktor penyulit berat, di antaranya asfiksia neonatorum, gangguan pernapasan (RDS), serta kelainan bawaan yang berat (*multiple congenital anomaly*). Selain itu, profil risiko tinggi juga terlihat dari latar belakang maternal, seperti riwayat kehamilan multipara (kehamilan ke-5 dan ke-6) serta kasus rujukan dari fasilitas kesehatan lain dengan usia gestasi prematur, yang secara akumulatif memperberat prognosis keberhasilan penanganan di tingkat rumah sakit.

- d. Realisasi persalinan melalui metode Seksio Sesarea (SC) pada tahun 2025 tercatat sebesar **58,33%**. Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2024 yang sebesar **49,37%**, terdapat tren kenaikan angka persalinan operatif sebesar **8,96%**. Angka ini menunjukkan deviasi yang sangat signifikan dari standar nasional atau target minimal yang ditetapkan, yaitu **≤ 20%** hal ini disebabkan karena RSUD Aji Muhammad Parikesit menjadi satu satunya RS rujukan di Kutai Kartanegara dan juga tindakan SC ini dilakukan oleh DPJP



sebagai upaya maksimal untuk menyelamatkan ibu dan bayi dari risiko kematian.

- e. Capaian indikator Pelayanan Keluarga Berencana pada tahun 2025 menunjukkan realisasi sebesar **99,67%**, yang mengindikasikan penurunan tipis sebesar **0,33%** jika dibandingkan dengan pencapaian **100%** pada tahun 2024. Berdasarkan identifikasi data operasional, deviasi ini dipicu oleh adanya satu kasus pada bulan September di mana seorang pasien rencana *Sectio Caesarea* memutuskan untuk membatalkan komitmen penggunaan kontrasepsi mantap (kontap) meskipun telah mendapatkan konseling prabedah dari total denominator sebanyak 22 pasien. Fenomena ini menunjukkan bahwa hambatan utama dalam mencapai target absolut bukan terletak pada aksesibilitas layanan, melainkan pada dinamika pengambilan keputusan subjektif pasien di saat-saat terakhir menjelang tindakan medis, yang secara statistik berdampak pada tidak terpenuhinya standar minimal pelayanan KB di rumah sakit

#### Tindak Lanjut dan Rekomendasi :

- a. Menekan angka AKB di periode mendatang, direkomendasikan langkah-langkah berikut:
  1. **Manajemen Risiko Maternal:** Penguatan skrining *Antenatal Care* (ANC) untuk deteksi dini risiko PEB guna mencegah kelahiran prematur.
  2. **Audit Klinis Rutin:** Melaksanakan evaluasi bulanan terhadap setiap kasus kematian untuk memetakan faktor-faktor yang sebenarnya dapat dicegah.
  3. **Pelatihan Tim Medis:** Peningkatan kompetensi staf dalam menangani kegawatdaruratan bayi yang lahir dengan **kelainan bawaan yang berat**.
  4. **Edukasi Pasca-Rawat:** Pemantauan ketat bagi bayi risiko tinggi yang sudah pulang guna menekan angka kematian pada kelompok usia di atas 28 hari.
- b. Untuk menjamin pencapaian target standar pelayanan minimal dan keselamatan pasien, manajemen perlu melakukan evaluasi komprehensif terhadap jadwal praktik DPJP untuk meminimalisir benturan jadwal jaga *cito* dengan praktik luar, serta mewajibkan penerapan mekanisme delegasi



- formal kepada dokter umum yang telah tersertifikasi resusitasi neonatal sebagai langkah mitigasi utama saat terjadi kendala perjalanan. Selain itu, disarankan adanya penguatan dukungan operasional melalui penyediaan fasilitas transit atau ruang tunggu bagi dokter jaga guna mereduksi risiko keterlambatan akibat hambatan geografis seperti banjir atau kemacetan, sehingga respon medis pada setiap tindakan persalinan operasi dapat terlaksana secara tepat waktu dan sesuai standar yang ditetapkan.
- c. Melihat adanya penurunan capaian dari tahun 2024 maka tahun selanjutnya diperlukan penguatan koordinasi sistem rujukan terpadu (Sisrute) untuk memastikan penanganan awal yang adekuat bagi bayi dari rumah sakit mitra sebelum tiba di faskes lanjutan. Selain itu, peningkatan edukasi *Antenatal Care* (ANC) bagi ibu hamil risiko tinggi serta pelaksanaan audit klinis berkala pada kasus kematian BBLR menjadi langkah krusial untuk memetakan keterbatasan teknis dan meningkatkan kompetensi tenaga medis dalam menangani bayi dengan kelainan bawaan yang berat.
  - d. Tim Resusitasi Neonatus agar mengingatkan DPJP Anak (bila DPJP Anak terjadwal berhalangan hadir untuk menangani SC dan yang bersangkutan menyatakan akan mengalihkan kepada dokter lainnya maka Perawat/Bidan Tim Resusitasi Neonatus mengingatkan bahwa sesuai regulasi dialihkan kepada DPJP Anak lainnya)
  - e. Dalam upaya memitigasi penurunan capaian dan memastikan target standar pelayanan minimal terpenuhi secara absolut, disarankan adanya transformasi pola konseling melalui pemberian edukasi KB yang lebih dini selama periode pemeriksaan kehamilan guna meminimalisir fluktuasi keputusan pasien menjelang tindakan operasi. Langkah ini harus dibarengi dengan penyediaan opsi kontrasepsi alternatif yang aman dan responsif terhadap preferensi pasien, serta penguatan pendekatan edukasi keluarga yang melibatkan pasangan untuk menjamin kemantapan pengambilan keputusan. Di samping itu, penguatan administrasi melalui pencatatan alasan klinis maupun subjektif atas penolakan tindakan KB menjadi krusial sebagai evaluasi berkelanjutan dalam menyempurnakan strategi intervensi pelayanan kontrasepsi di rumah sakit.

## 6. Data SPM Pelayanan Rawat Intensif

**Tabel V.6. Data SPM Pelayanan Rawat Intensif RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
				2022	2023	2024		
PELAYANAN INTENSIF	1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0.09%	0.0%	0.14%	0.30%	TERCAPAI
	2	Pemberi pelayanan unit intensif	100 % dr. Sp. Anestesi	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
	3		≥ 50% perawat D3, D4, perawat mahir	43.14%	39.94%	41.69%	42.91%	BELUM TERCAPAI

### Analisa :

Berdasarkan evaluasi indikator pelayanan rawat intensif tahun 2025, tercatat bahwa dua dari tiga parameter penilaian telah memenuhi standar yang ditetapkan. Namun, indikator ketersediaan perawat dengan kualifikasi pendidikan (D3/D4) dan sertifikasi keahlian khusus (mahir) masih berada di angka 42,91%, atau belum mencapai standar minimal sebesar ≥ 50%. Meskipun demikian, jika dibandingkan dengan capaian tahun 2024 yang sebesar 41,69%, terdapat kenaikan tipis sebesar 1,22%. Kendala utama dalam akselerasi pemenuhan standar ini adalah keterbatasan jumlah tenaga keperawatan yang memiliki sertifikasi pelatihan ICU, ICCU, serta PICU/NICU. Hal tersebut disebabkan oleh sulitnya pengiriman peserta pelatihan secara massal guna menjaga stabilitas rasio ketenagaan operasional (jadwal jaga), serta kendala administratif terkait keterlambatan penerimaan informasi jadwal pelatihan eksternal.

### Tindak Lanjut dan Rekomendasi :

Melihat tren kenaikan yang positif namun belum mencapai target minimal ≥ 50%, rekomendasi langkah-langkah strategis sebagai berikut:

1. **Perencanaan Pelatihan Berkelanjutan:** Menyusun dan mengajukan usulan pelatihan kompetensi keperawatan secara periodik setiap tahun hingga target rasio tenaga mahir terpenuhi secara absolut.
2. **Penyelenggaraan Pelatihan Internal (*In-House Training*):** Melakukan koordinasi intensif dengan Komite Keperawatan untuk menyelenggarakan *mini workshop* atau pelatihan internal guna meningkatkan kompetensi spesifik tanpa mengganggu jadwal operasional secara signifikan.
3. **Penguatan Fungsi Pengawasan:** Melaksanakan supervisi klinis secara berjenjang dan konsisten terhadap tenaga keperawatan di unit intensif untuk menjamin mutu pelayanan tetap optimal di tengah upaya pemenuhan kualifikasi formal.

## 7. Data SPM Pelayanan Instalasi Radiologi

**Tabel V.7. Data SPM Pelayanan Radiologi RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
RADIOLOGI	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto	≤ 3 jam	77 mnt	92 mnt	25 mnt	73.01 mnt	TERCAPAI
	2 Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan IGD, RAJAL, RANAP	100%	100%	70.80%	46.80%	74.13%	BELUM TERCAPAI
	3 Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	0.62%	1.58%	0.25%	0.30%	TERCAPAI
	4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	84.11%	83.56%	87.43%	89.44%	TERCAPAI

### Analisa :

Evaluasi capaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Instalasi Radiologi tahun 2025 menunjukkan bahwa dari empat parameter yang ditetapkan, tiga indikator telah memenuhi target, sementara satu indikator utama belum mencapai standar. Indikator yang belum terpenuhi adalah pelaksanaan ekspertise hasil pemeriksaan radiologi, dengan capaian sebesar **74,13%** (34.342 dari 46.326 pemeriksaan) dari standar yang ditetapkan sebesar **100%**.

Meskipun pada tahun 2025 kekuatan personel telah ditingkatkan dengan ketersediaan **2 (dua) dokter spesialis radiologi** internal ditambah dukungan **2 (dua) dokter melalui layanan telemedicine**, gap capaian tetap terjadi akibat

volume pemeriksaan yang sangat tinggi mencapai 46.326 tindakan. Hal ini menunjukkan bahwa beban kerja yang ada masih melampaui kapasitas produktivitas tenaga medis yang tersedia. Secara tren, capaian ini menunjukkan fluktuasi yang tajam jika dibandingkan dengan data historis: **100% (2022)**, **70,80% (2023)**, dan **46,80% (2024)**. Walaupun performa tahun 2025 (74,13%) mulai menunjukkan tren pemulihan pasca penurunan drastis di tahun 2024 berkat penambahan tenaga dan sistem telemedicine, efektivitas operasional masih perlu diakselerasi guna mengejar ketertinggalan ribuan ekspertise yang belum terselesaikan

#### **Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Untuk mengoptimalkan layanan dan mengembalikan capaian indikator ke angka 100%, rekomendasi langkah strategis sebagai berikut:

- Optimalisasi Sistem Telemedicine: Utilisasi dan integrasi sistem telemedicine perlu ditingkatkan secara lebih masif agar distribusi beban kerja ekspertise antara dokter internal dan dokter mitra dapat berjalan lebih cepat dan sinkron.
- Penataan Ulang Alur Kerja (Workflow): Prioritas ekspertise (sistem triase hasil) perlu ditata ulang agar kasus-kasus darurat dan rawat inap dapat diselesaikan lebih awal tanpa terhambat oleh penumpukan pemeriksaan reguler.
- Monitoring Beban Kerja Periodik: Evaluasi kinerja per kuartal terhadap rasio jumlah dokter (termasuk telemedicine) dibandingkan volume pemeriksaan perlu dilakukan untuk menentukan perlunya penambahan jam layanan atau mitra telemedicine baru.
- Peningkatan Infrastruktur IT: Stabilitas konektivitas sistem Picture Archiving and Communication System (PACS) harus dipastikan guna mendukung kelancaran proses pembacaan hasil secara jarak jauh (telemedicine).

#### **8. Data SPM Pelayanan Instalasi Laboratorium**

**Tabel V.8. Data SPM Pelayanan Laboratorium RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.	
			2022	2023	2024			
LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	1	waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (manual)	97 mnt	88 mnt	82 mnt	61 mnt	TERCAPAI
	2	Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	91.39%	86.85%	92.48%	90.58%	TERCAPAI
	5	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	≤ 2%		0.55%	2.47%	1.77%	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan evaluasi indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Instalasi Laboratorium tahun 2025, angka pengulangan pemeriksaan laboratorium tercatat sebesar **1,77%**. Capaian tersebut dinyatakan **telah memenuhi standar** yang ditetapkan, yaitu **≤ 2%**. Jika dibandingkan dengan performa tahun 2024 yang mencapai **2,47%**, telah terjadi penurunan angka pengulangan (perbaikan kinerja) sebesar **0,70%**. Namun, fluktuasi kinerja terlihat jika ditinjau kembali pada tahun 2023 di mana angka pengulangan berada pada level yang lebih rendah, yaitu sebesar **0,55%**.

Meskipun tren tahun 2025 telah berhasil ditekan hingga berada di bawah ambang batas standar (≤ 2%), angka **1,77%** tetap mengindikasikan adanya kendala teknis pada proses pra-analitik maupun analitik yang perlu diwaspadai agar tidak terjadi eskalasi kembali. Penurunan angka pengulangan dari tahun 2024 ke 2025 menunjukkan bahwa langkah-langkah perbaikan kualitas yang telah diimplementasikan mulai membuahkan hasil, meskipun konsistensi untuk mendekati performa optimal seperti pada tahun 2023 masih terus diupayakan melalui pengendalian mutu yang lebih ketat.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Sebagai upaya mempertahankan capaian agar tetap konsisten di bawah target  $\leq 2\%$  dan menekan angka pengulangan ke level minimal, langkah-langkah strategis perlu diimplementasikan melalui penguatan supervisi pada tahap pra-analitik untuk meminimalisir kerusakan sampel, serta pelaksanaan pemeliharaan alat dan kalibrasi instrumen secara berkala guna menjamin akurasi hasil pemeriksaan. Di samping itu, pemantauan terhadap stabilitas reagen dan pelaksanaan audit klinis terhadap setiap kejadian pengulangan pemeriksaan harus dilakukan secara rutin sebagai instrumen kendali mutu internal, sehingga risiko kegagalan sistemik dapat dihindari dan efisiensi pelayanan laboratorium dapat terus ditingkatkan secara berkelanjutan.

**9. Data SPM Pelayanan Rehabilitasi Medik**

**Tabel V.9. Data SPM Pelayanan Rehabilitasi Medik RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
REHABILITASI MEDIK	1 Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	$\leq 50\%$	0%	0%	0%	0%	TERCAPAI
	2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	3 Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	87.29%	88.84%	94.26%	85.59%	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan hasil evaluasi capaian indikator pelayanan Rehabilitasi Medik pada tahun 2025, seluruh parameter penilaian yang berjumlah tiga indikator dinyatakan telah memenuhi target standar minimal yang ditetapkan. Jika dikomparasikan dengan capaian pada tahun 2024, konsistensi dalam pemenuhan standar pelayanan terlihat tetap terjaga secara optimal. Fenomena ini mencerminkan bahwa kualitas layanan Rehabilitasi Medik di RSUD Aji

Muhammad Parikesit telah diselenggarakan sesuai dengan persyaratan mutu dan prosedur operasional yang berlaku secara berkelanjutan.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan performa pelayanan Rehabilitasi Medik yang telah memenuhi standar minimal pada periode 2024 dan 2025, beberapa langkah strategis direkomendasikan sebagai berikut:

- Pemeliharaan Standar Operasional: Prosedur layanan harus dipastikan tetap berjalan sesuai dengan regulasi yang berlaku, disertai dengan pelaksanaan evaluasi berkala demi meningkatkan efisiensi dan efektivitas intervensi klinis.
- Pengembangan Kompetensi SDM: Penyelenggaraan pelatihan serta *workshop* bagi tenaga medis dan paramedis perlu dijadwalkan secara rutin sebagai upaya peningkatan keterampilan teknis dalam pemberian pelayanan kepada pasien.
- Inovasi Program Terapi: Perumusan dan pengembangan program rehabilitasi baru perlu dilakukan untuk mengakselerasi efektivitas terapi sehingga *outcome* klinis pasien dapat tercapai secara lebih optimal.

**10. Data SPM Pelayanan Farmasi**

**Tabel V.10. Data SPM Pelayanan Farmasi RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
FARMASI	1 a. waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	24 mnt	23 mnt	21 mnt	28 mnt	TERCAPAI
	2 b. waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	34 mnt	37 mnt	36 mnt	39 mnt	TERCAPAI
	3 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	99.99%	BELUM TERCAPAI
	4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	81%	82.15%	91.49%	92.06%	TERCAPAI
	5 Penulisan resep sesuai formularium	90%	99.95%	99.95%	99.95%	99.97%	TERCAPAI

### Analisa :

Berdasarkan evaluasi indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025, angka kejadian kesalahan pemberian obat tercatat mencapai **99,99%**. Dari **total 671.277 pemeriksaan** atau transaksi pemberian obat yang dilakukan sepanjang tahun, ditemukan **2 (dua) kejadian** kesalahan pemberian obat yang terjadi pada bulan April dan Agustus. Meskipun capaian ini menunjukkan tingkat akurasi yang sangat tinggi, standar mutlak yang ditetapkan untuk indikator keselamatan pasien adalah **100%** atau nol kejadian kesalahan secara total.

Jika dianalisis secara mendalam, efektivitas sistem pengawasan obat pada sepuluh bulan lainnya telah berjalan dengan sempurna (100% tanpa insiden). Munculnya dua insiden tersebut mengindikasikan adanya celah dalam proses verifikasi atau *double-check* pada periode tertentu. Keberhasilan menekan angka kejadian hingga mencapai margin kesalahan hanya sebesar **0,01%** mencerminkan komitmen tinggi tenaga farmasi dan keperawatan terhadap keselamatan pasien, namun tindakan korektif tetap diperlukan demi menjamin keamanan pelayanan pasien secara paripurna di RSUD Aji Muhammad Parikesit.

### Tindak Lanjut dan Rekomendasi :

Untuk memitigasi risiko terulangnya kesalahan serta mengembalikan capaian indikator ke angka sempurna 100%, langkah-langkah strategis perlu diimplementasikan melalui penguatan protokol "7 Benar" dalam pemberian obat serta pelaksanaan audit terhadap dua insiden yang terjadi. Selain itu, optimalisasi sistem verifikasi digital dan penyelenggaraan pelatihan keselamatan pasien secara periodik bagi tenaga medis harus dilakukan sebagai upaya meminimalisir faktor risiko *human error*, sehingga akurasi pelayanan kefarmasian dapat terus dipertahankan pada seluruh lini unit pelayanan secara berkelanjutan.

## 11. Data SPM Pelayanan Gizi

**Tabel V.11. Data SPM Pelayanan Gizi RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
GIZI	1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	96.69%	99.26%	100%	100%	TERCAPAI
	2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	8.80%	11.82%	8.98%	11.10%	TERCAPAI
	3 Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	99.67%	100%	100%	TERCAPAI

### Analisa :

Berdasarkan hasil evaluasi capaian indikator pelayanan Gizi pada tahun 2025, seluruh parameter penilaian dinyatakan telah berhasil memenuhi target sesuai dengan standar minimal yang ditetapkan. Pencapaian ini mengindikasikan bahwa penyelenggaraan pelayanan Gizi di rumah sakit telah terlaksana dengan optimal dan selaras dengan kriteria mutu yang ditentukan.

Selain itu, stabilitas dan konsistensi dalam penyajian layanan Gizi tercermin dari tren positif selama empat tahun terakhir yang secara berkelanjutan selalu memenuhi standar minimal. Hal tersebut menunjukkan bahwa prosedur operasional standar (SOP) yang diterapkan telah berjalan secara efektif, sehingga kualitas pelayanan gizi bagi pasien dapat dipastikan tetap terjaga dengan baik.

### Tindak Lanjut dan Rekomendasi :

Beberapa rekomendasi untuk mempertahankan kualitas layanan serta mendorong inovasi dan peningkatan mutu pelayanan:

- Melakukan evaluasi berkala terhadap standar pelayanan Gizi guna memastikan bahwa standar yang digunakan tetap relevan dengan perkembangan ilmu gizi dan kebutuhan pasien
- Mendorong tenaga gizi untuk melakukan penelitian mengenai efektivitas terapi gizi dan implementasi metode baru dalam pelayanan gizi klinis.
- Meningkatkan inovasi dalam penyediaan makanan dan pola diet tanpa meningkatkan biaya secara signifikan, diperlukan strategi yang

mengoptimalkan sumber daya yang ada seperti menyusun variasi menu yang tetap bernutrisi tetapi menggunakan bahan makanan dengan harga lebih ekonomis.

## 12. Data SPM Pelayanan Transfusi Darah

**Tabel V.12. Data SPM Pelayanan Transfusi Darah RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
				2022	2023	2024		
TRANSFUSI DARAH	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	2	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	1.30%	0.42%	0.26%	0.14%	BELUM TERCAPAI

### Analisa :

Pada pelayanan tranfusi darah terdapat 1 (satu) indikator yang belum tercapai yaitu kejadian reaksi transfusi dengan capaian sebesar 0.14% dari standar ≤0,01%. Hal ini disebabkan kejadian reaksi transfusi, gejala terbanyak adalah reaksi alergi ringan yaitu demam dan urtikaria, penyebab pasti yang menyebabkan alergi ringan tersebut belum diketahui. Tindakan segera dilakukan saat terjadi reaksi adalah menghentikan transfusi serta melaporkan kepada DPJP agar segera mendapat tindak lanjut seperti pemberian antihistamin serta antipiretik

Adapun kejadian reaksi tranfusi tidak selalu terjadi pada pemberian tranfusi pertama kali tetapi sering juga terjadi pada pemberian kolf berikutnya sehingga kemungkinan respon tubuh pasien menjadi salah satu alasan penyebab reaksi tranfusi tetapi hal ini belum bisa dibuktikan karena belum pernah dilakukan penelitian pada kasus ini oleh rumah sakit. Beberapa yang dapat mempengaruhi proses tranfusi adalah usia pasien, komponen transfusi dan riwayat transfusi sebelumnya termasuk setiap proses di unit PMI nya sendiri apakah setiap proses baik *cross match*, penyimpanan dan pengelolaan sudah dilakukan sesuai dengan standar.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

- a. Melaksanakan transfusi sesuai dengan *Standar Prosedur Operasional* (SPO) Tranfusi yang berlaku serta memastikan konsistensi dalam penerapan SPO tersebut melalui pemantauan yang berkelanjutan.
- b. Memastikan pasien memahami potensi risiko terjadinya reaksi transfusi serta melaksanakan observasi ketat terhadap setiap pasien yang menjalani prosedur transfusi
- c. Melakukan pemantauan dan mendokumentasikan di lembaran monitoring transfusi.
- d. Kolaborasi dengan tim medis untuk premedikasi.
- e. Memastikan tempat penyimpanan darah (box darah) dalam keadaan bersih dan memenuhi standar (tersedia bahan bantu untuk mengawetkan suhu darah sebelum dipakai)
- f. Memastikan ketersediaan obat-obatan yang diperlukan untuk penanganan reaksi alergi, baik yang bersifat akut maupun lambat, di dalam *trolley emergency* yang selalu siap digunakan.

**13. Data SPM Pelayanan Rekam Medik**

**Tabel V.13. Data SPM Pelayanan Rekam Medik RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
REKAM MEDIK	1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	97.42%	95.98%	91.70%	98.87%	BELUM TERCAPAI
	2 Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	75%	93.13%	90.73%	95.95%	BELUM TERCAPAI
	3 Pengembalian rekam medik	≥ 80%		75.58%	90.23%	99.79%	TERCAPAI
	4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	6 mnt	11 mnt	14 mnt	3 mnt	TERCAPAI

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
	5 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	5 mnt	7 mnt	7 mnt	3 mnt	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan hasil capaian indikator pelayanan rekam medis pada tahun 2025 terdapat 2 (dua) indikator yang belum tercapai sebagaimana berikut;

- a. Berdasarkan evaluasi kumulatif tahun 2025, indikator kelengkapan pengisian rekam medis dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan tercatat sebesar 98,87%. Dari total 22.697 berkas (denominator) yang masuk sepanjang tahun, ditemukan sebanyak 22.440 berkas (numerator) yang terisi lengkap secara administratif. Meskipun angka capaian tahunan tersebut mendekati target, standar mutlak sebesar 100% belum dapat terpenuhi. Hal ini secara signifikan dipengaruhi oleh rendahnya performa pada bulan Januari yang hanya mencapai 83,26%, di mana dari total 1.535 berkas yang kembali, hanya ditemukan 1.278 berkas yang terisi lengkap. Ketidaktercapaian pada periode tersebut dipicu oleh beberapa deviasi substansial, terutama pada hasil pemeriksaan EKG dan EEG yang tidak dapat dinilai pada seluruh berkas (1.535 dokumen). Selain itu, penurunan drastis teridentifikasi pada lembar masuk & keluar yang hanya mencapai 0,52%, serta asesmen awal medis yang merosot ke angka 75,36%. Meskipun tren peningkatan terlihat pada Ringkasan Pulang (Discharge Summary) menjadi 71,98% dan LRO sebesar 99,75%, serta capaian sempurna pada lembar edukasi (100%), namun penurunan pada elemen lain seperti CPPT SOAP (98,80%), catatan keperawatan (98,36%), dan kelengkapan CPPT dokter spesialis (96,52%) turut menghambat pencapaian target standar pelayanan minimal secara keseluruhan.
- b. Kemudian indikator yang kedua yaitu kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas, belum tercapai dengan nilai 95,95% standar capaian 100%, hal ini terjadi karena tidak lengkapnya pengisian form *informed concent* salah satunya disebabkan tidak tertulisnya nama pemberi

informasi serta nama penerima informasi pada form. Jenis *informed consent* yang tidak terisi sebagaimana berikut;

No.	Jenis	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
1	Identitas pasien	0	0	16	4	4	4	2	1	0	2	7	5
2	Nama Pemberi Informasi	52	7	148	24	29	29	1	0	10	12	15	52
3	Nama Penerima Informasi	35	9	97	19	17	17	1	0	6	8	10	26
4	Isi Informasi	0	0	0	12	7	7	0	0	0	2	2	9
5	Tanda Tangan Penerima Informasi	0	0	35	2	10	10	0	0	1	1	1	3
6	Tanda tangan dokter	15	7	96	25	25	25	8	2	6	7	4	25
7	Tanda Tangan Pasien/Wali	0	0	27	2	3	3	1	0	4	4	4	17
9	Saksi 1	2	0	47	12	4	9	1	0	4	6	4	30
10	Saksi 2	0	4	39	5	9	10	1	0	4	7	3	19
11	Tanggal dan Jam Pernyataan	0	0	32	6	10	8	1	0	4	6	3	17

#### Tindak Lanjut dan Rekomendasi :

- a. Kelengkapan pengisian Lembar Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan dengan rekomendasi
  - Dilakukan monitoring evaluasi dari Rekam Medik.
  - Sosialisasi kembali ke masing-masing ruang perawatan dan KSM akan pentingnya melakukan pengisian Lembar Rekam Medis.
  - Melakukan pelaporan capaian kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam tersebut per DPJP dan dilaporkan kepada KSM masing-masing, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Wakil Direktur Pelayanan dan Direktur Rumah Sakit.
- b. Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas dengan rekomendasi
  - Monitoring evaluasi pengisian *informed consent*
  - Memberikan laporan capaian kelengkapan pengisian *informed consent* per DPJP ke KSM masing-masing dengan memberikan tembusan laporan kepada Bidang Pelayanan Medis, Wakil Direktur Pelayanan dan Direktur.
  - Bila terdapat kejadian pasien hanya sendiri dan keluarga yang ada berada berada di daerah yang jauh maka dibuatkan surat kuasa dari pasien ke petugas Rumah Sakit sebagai saksi kedua dari pihak pasien.

- Jika DPJP utama adalah berasal dari KSM Bedah, maka *reminder* dari PPA lain akan dilakukan secara bertahap; dikonfirmasi oleh PPA ruangan yang bertanggung jawab mengantar pasien ke IBS kepada petugas atau PPA yang menerima pasien di IBS lalu akan diingatkan kembali oleh PPA yang berada di IBS. Sehingga DPJP tetap dapat melakukan pengisian kelengkapan *informed consent* dan tidak membiarkannya kosong sampai pasien dipulangkan, mengingat *informed consent* erat kaitannya dengan ranah hukum

#### 14. Data SPM Pelayanan Pengelolaan Limbah

**Tabel V.14. Data SPM Pelayanan Pengelolaan Limbah RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
				2022	2023	2024		
PENGELOLAAN LIMBAH	1	Baku mutu limbah cair indikator BOD	< 30 mg/l	9.15	10.12	13.82	7.31	TERCAPAI
	2	Baku mutu limbah cair indikator COD	< 80 mg/l	21.39	21.73	23.99	24.01	TERCAPAI
	3	Baku mutu limbah cair indikator TSS	< 30 mg/l	16.31	11.66	7.25	5.94	TERCAPAI
	4	Baku mutu limbah cair indikator PH	PH 6-9	7.24	6.96	7.28	7.17	TERCAPAI
	5	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	84.62%	96.84%	95.67%	100%	TERCAPAI
	6	Inspeksi kesehatan lingkungan Rumah Sakit	≥ 7500		8898	8606	8,781	TERCAPAI
	7	Proper lingkungan	Biru		Hijau	Hijau	Hijau	TERCAPAI

#### Analisa :

Seluruh parameter penilaian dalam indikator Pelayanan Pengelolaan Limbah yang berjumlah 7 (tujuh) indikator utama dinyatakan telah berhasil mencapai target 100% sesuai dengan standar minimal yang ditetapkan. Capaian sempurna ini mencerminkan bahwa sistem manajemen lingkungan di RSUD Aji

Muhammad Parikesit telah diselenggarakan secara optimal dan selaras dengan regulasi kesehatan lingkungan yang berlaku.

Konsistensi dalam pemenuhan seluruh indikator tersebut mengindikasikan bahwa prosedur operasional standar (SOP) terkait pemisahan, pengangkutan, penyimpanan sementara, hingga proses pengolahan akhir limbah rumah sakit telah diimplementasikan secara efektif. Keberhasilan ini berkontribusi secara signifikan terhadap terciptanya lingkungan pelayanan yang aman serta bebas dari risiko kontaminasi bagi pasien, petugas, maupun masyarakat di lingkungan sekitar rumah sakit

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Untuk mempertahankan performa pengelolaan limbah yang telah mencapai standar maksimal dan memastikan keberlanjutan kualitas pelayanan lingkungan, beberapa langkah strategis direkomendasikan sebagai berikut:

Langkah pemeliharaan standar perlu difokuskan pada penguatan pengawasan rutin terhadap fasilitas pengolahan limbah (seperti IPAL dan TPS Limbah B3) demi menjamin seluruh sarana prasarana tetap berfungsi optimal secara teknis. Selain itu, pemantauan terhadap kepatuhan staf di unit pelayanan dalam pemilahan limbah pada sumbernya harus terus ditingkatkan sebagai upaya mencegah terjadinya kesalahan kategorisasi limbah. Evaluasi berkala terhadap kinerja mitra pihak ketiga pengelola limbah juga perlu dilakukan untuk memastikan akuntabilitas proses pengangkutan dan pemusnahan akhir tetap sejalan dengan regulasi lingkungan hidup yang berlaku, sehingga integritas rumah sakit dalam pengelolaan limbah dapat terus dipertahankan.

**15. Data SPM Pelayanan Administrasi dan Manajemen**

**Tabel V.15. Data SPM Pelayanan Administrasi dan Manajemen RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
				2022	2023	2024		
ADMINISTRASI / MANAJEMEN	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI



JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.	
			2022	2023	2024			
	2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
	3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	94.15%	38.28%	69.04%	71.58%	TERCAPAI
	6	Cost recovery	≥ 65 %	78,11%	66.45%	70.03%	97.62%	TERCAPAI
	7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	8	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	9	Kesesuaian jumlah Surat Elegibilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan terhadap jumlah SEP yang diklaimkan	100%		96.63%	94.48%	90.00%	BELUM TERCAPAI
	10	Level IT terintegrasi	Siloed 2		Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2	TERCAPAI
	11	Kecepatan waktu tanggap complain	≥ 80%		100%	100%	100%	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan hasil capaian indikator pelayanan administrasi dan manajemen pada tahun 2025 terdapat satu indikator yang belum tercapai yaitu ;

- a. Kesesuaian jumlah Surat Elegibilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan terhadap jumlah SEP yang diklaimkan dengan nilai capaian 94.48% dengan standar minimal 100% disebabkan dengan
  - SEP yang diterbitkan oleh sistem BPJS harus disesuaikan dengan SEP yang telah diklaim.
  - SEP yang sudah terlanjur diterbitkan tetapi tidak dapat diklaim karena pasien batal, bayi lahir normal, atau perubahan jaminan, harus dihapus oleh sistem. Penghapusan SEP dilakukan oleh petugas admisi setelah melalui proses filter yang dilakukan oleh staf casemix.
  - Data SEP yang telah diterbitkan akan diambil ulang setelah SEP dihapus melalui vKlaim BPJS. Sistem ini hanya dapat diakses pada jam tertentu. Setelah pengambilan data SEP yang diterbitkan, dilakukan pula pengambilan data SEP klaim dari eKlaim BPJS. Kemudian, kedua data ini dibandingkan.
  - Jika terdapat selisih data, maka perbandingan akan dilakukan dengan data pasien *check-in* atau *check-out* harian yang diambil oleh verifikator casemix melalui SIMRS.

#### **Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Menindaklanjuti dari tidak tercapainya dari indikator tahun 2025 sebagaimana berikut ;

- a. Perlunya pembahasan dengan pihak manajemen terkait beberapa faktor meliputi ;
  - Saat pasien melakukan pendaftaran, perlu ada kepastian dalam menentukan jaminan pasien, seperti BPJS, umum, atau asuransi lainnya. Jika terdapat perubahan jaminan, hal ini perlu dilaporkan ke bagian terkait. Jika pasien BPJS sudah memiliki SEP yang tercetak, maka SEP tersebut harus dibatalkan.
  - Sebaiknya terdapat peringatan atau penanda bagi pasien yang berobat lebih dari satu kali dalam sehari agar SEP tidak dicetak lebih dari satu kali.

- Jika pasien telah diterbitkan SEP rawat jalan dan kemudian statusnya berubah menjadi rawat inap, maka SEP rawat jalan tersebut harus dibatalkan, kecuali untuk kasus CKD, *Thalasemia*, dan *Leukemia*.
- Untuk bayi yang lahir normal atau memiliki permasalahan tetapi APS atau tidak memerlukan penanganan khusus, tagihannya sebaiknya digabung dengan tagihan ibunya sehingga SEP terpisah tidak perlu diterbitkan.

## 16. Data SPM Pelayanan Unit Ambulance

**Tabel V.16. Data SPM Pelayanan Unit Ambulance RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
				2022	2023	2024		
AMBULANCE / KERETA JENAZAH	1	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	TERCAPAI
	2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	3	Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (sesuai kebutuhan berlaku)	≤ 45 menit	5 mnt	5 mnt	5 mnt	5 mnt	TERCAPAI

### Analisa :

Berdasarkan evaluasi capaian indikator pelayanan Unit Ambulans pada tahun 2025, seluruh parameter penilaian yang terdiri dari **3 (tiga) indikator utama** dinyatakan telah **berhasil dipenuhi** sesuai dengan standar yang ditetapkan. Konsistensi performa ini juga teridentifikasi melalui tinjauan data selama tiga tahun terakhir, dimana seluruh target pelayanan secara berkelanjutan telah tercapai sepenuhnya. Capaian ini mengindikasikan bahwa sistem manajemen operasional unit ambulans telah diselenggarakan dengan

sangat baik dan memenuhi kriteria kecepatan serta ketepatan layanan bagi pasien.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Dengan capaian yang telah memenuhi standar pada tahun 2025, Unit Ambulans perlu menjaga konsistensi kualitas layanan agar tetap sesuai dengan standar yang ditetapkan. Meskipun seluruh indikator telah tercapai langkah pemeliharaan standar perlu difokuskan pada penguatan pengawasan rutin terhadap kesiapan armada dan peralatan medis didalam ambulans demi menjamin konsistensi kualitas layanan tetap terjaga sesuai regulasi. Selain itu, pengembangan inovasi sistem informasi layanan ambulans perlu diupayakan sebagai upaya meningkatkan efisiensi waktu tanggap (*response time*) dan kepuasan pasien secara keseluruhan. Evaluasi berkala terhadap kompetensi pengemudi dan tenaga medis pendamping juga harus dilaksanakan **untuk** memastikan aspek keselamatan transportasi medis tetap menjadi prioritas utama di seluruh lini operasional unit.

**17. Data SPM Pelayanan Unit Pemusalaran Jenazah**

**Tabel V.17. Data SPM Pelayanan Unit Pemusalaran Jenazah RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
PEMULASARAAN JENAZAH	1 Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam (120 menit)	6 mnt	6 mnt	6 mnt	6 mnt	TERCAPAI

**Analisa :**

Dari capaian indikator pelayanan pada Unit Pemulasaran Jenazah tahun 2025, seluruh parameter penilaian yang terdiri dari **1 (satu) indikator utama** dinyatakan telah **berhasil dipenuhi** sesuai dengan standar yang ditetapkan. Konsistensi performa ini juga teridentifikasi melalui tinjauan data selama tiga tahun terakhir, di mana seluruh target pelayanan secara berkelanjutan telah tercapai sepenuhnya. Capaian ini mengindikasikan bahwa penyelenggaraan pelayanan pemulasaran jenazah di RSUD Aji Muhammad Parikesit telah

dilaksanakan dengan sangat baik, dan selaras dengan regulasi serta prosedur operasional yang berlaku.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Untuk mempertahankan performa pelayanan Unit Pemulasaran Jenazah yang telah tercapai sehingga perlu penguatan pengawasan rutin terhadap kelengkapan fasilitas dan ketersediaan bahan habis pakai di unit pemulasaran **demi** menjamin konsistensi kualitas layanan tetap terjaga. Selain itu, pembinaan mental dan peningkatan kompetensi petugas perlu dilakukan secara periodik sebagai upaya menjaga profesionalisme serta empati dalam pemberian pelayanan kepada keluarga pasien. Evaluasi berkala terhadap alur pelayanan dan sarana transportasi jenazah juga harus dioptimalkan untuk memastikan aspek efisiensi dalam pemulasaran tetap menjadi prioritas utama

**18. Data SPM Pelayanan Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit**

**Tabel V.18. Data SPM Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.	
			2022	2023	2024			
PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	88%	88.11%	83.41%	82.50%	TERCAPAI
	2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat Kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI
	3	Ketepatan waktu pemeliharaan alat Non Kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
	4 Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	TERCAPAI

**Analisa :**

Indikator pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana (IPSRS) pada tahun 2025 dinyatakan telah **berhasil mencapai target** yang ditetapkan. Capaian ini menunjukkan bahwa fungsi dukungan teknis dan pemeliharaan fasilitas rumah sakit telah diselenggarakan secara optimal, sehingga seluruh sarana penunjang pelayanan medik dipastikan berada dalam kondisi siap pakai..

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Dalam rangka mempertahankan konsistensi performa pada Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSRS), beberapa langkah strategis rekomendasi Pemeliharaan preventif (*preventive maintenance*) terhadap seluruh infrastruktur vital harus diperkuat demi meminimalisir risiko kerusakan yang dapat mengganggu pelayanan. Selain itu, optimalisasi waktu tanggap (*response time*) perbaikan perlu terus ditingkatkan sebagai upaya menjamin keandalan sarana rumah sakit, disertai dengan evaluasi berkala terhadap ketersediaan suku cadang kritis untuk mendukung kelancaran operasional secara berkelanjutan.

## 19. Data SPM Pelayanan Instalasi Laundry

**Tabel V.19. Data SPM Pelayanan Laundry RSUD Aji Muhammad Parikesit.**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.	
			2022	2023	2024			
PELAYANAN LAUNDRY	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	99.74%	99.81%	99.96%	100%	TERCAPAI
	2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	87.52%	100%	TERCAPAI

### Analisa :

Berdasarkan data yang disajikan pada tabel diatas, seluruh parameter penilaian dalam indikator pelayanan Instalasi Laundry pada tahun 2025 dinyatakan telah **berhasil mencapai target 100%**. Pencapaian ini merupakan prestasi yang signifikan, mengingat dalam kurun waktu tiga tahun terakhir, baru pada periode 2025 inilah seluruh standar pelayanan dapat terpenuhi sepenuhnya secara komprehensif. Keberhasilan ini mengindikasikan adanya perbaikan sistemik dalam manajemen linen dan optimalisasi prosedur operasional di unit laundry RSUD Aji Muhammad Parikesit.

### Tindak Lanjut dan Rekomendasi :

Dalam rangka mempertahankan capaian standar ditahun 2025, penguatan pengawasan pada alur distribusi dan sterilisasi linen perlu difokuskan demi menjamin higienitas sesuai standar pencegahan infeksi. Selain itu, evaluasi rutin terhadap keandalan mesin serta ketersediaan bahan pembersih harus dilakukan sebagai upaya mencegah penurunan kualitas layanan, sehingga konsistensi performa dapat terjaga secara berkelanjutan pada periode mendatang.

**20. Data SPM Pelayanan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

**Tabel V.20. Data SPM Pelayanan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
				2022	2023	2024		
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	1	Ada anggota tim pencegahan penanggulangan infeksi yang terlatih	75%	97%	100%	94%	100.00%	TERCAPAI
	2	Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	75%	100%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
	3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di Rumah Sakit (min 1 parameter)	75%	97%	100%	100%	100.00%	TERCAPAI
	4	Angka kejadian dekubitus	≤ 1,5‰		0.02%	0.04%	0.13%	TERCAPAI
	5	Angka kejadian flebitis	≤ 5%		1.01%	1.00%	1.16%	TERCAPAI
	6	Angka kejadian infeksi saluran kemih	≤ 4,7‰		0.00%	0%	0.00%	TERCAPAI
	7	Angka kejadian infeksi daerah operasi	≤ 2%		0.67%	0.66%	0.59%	TERCAPAI

**Analisa :**

Berdasarkan tabel di atas, seluruh indikator pelayanan pada Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi tahun 2025 telah mencapai standar yang ditetapkan.

**Tindak Lanjut dan Rekomendasi :**

Untuk mempertahankan pencapaian ini, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi akan terus melakukan pemantauan dan evaluasi secara

berkala terhadap seluruh indikator pelayanan. Selain itu, upaya peningkatan kualitas layanan akan dilakukan melalui pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan serta optimalisasi penerapan standar.

## 21. Data SPM Pelayanan Central Sterile Supply Department

**Tabel V.21. Data SPM Pelayanan *Central Sterile Supply Department* RSUD Aji Muhammad Parikesit**

JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	HASIL TAHUN			HASIL CAPAIAN th. 2025	KET.
			2022	2023	2024		
CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTMENT	1 Keberhasilan hasil uji bowie dick pada mesin sterilisasi autoclave	100%		100%	100%	100%	TERCAPAI
	2 Peralatan medis memenuhi uji kelayakan setelah dilakukan dekontaminasi	≥ 90%		99.99%	100%	99.99%	TERCAPAI

### Analisa :

Berdasarkan hasil analisis, pencapaian indikator pelayanan *Central Sterile Supply Department* pada tahun 2025 telah memenuhi standar yang ditetapkan. Selain itu, selama dua tahun terakhir, seluruh indikator pelayanan berhasil tercapai secara konsisten, menunjukkan efektivitas dan keberlanjutan dalam pelaksanaan layanan sterilisasi.

### Tindak Lanjut dan Rekomendasi :

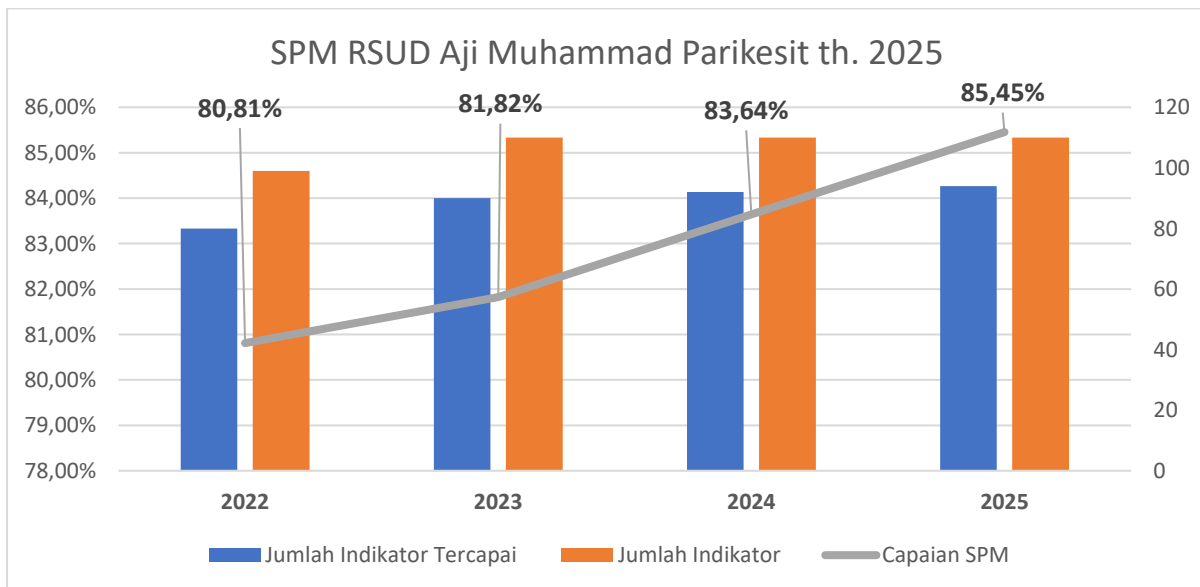
Perlu mempertahankan konsistensi dari pelayanan *Central Sterile Supply Department*. Dan akan melakukan peningkatan kualitas layanan yang dilakukan melalui pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan serta optimalisasi penerapan standar prosedur operasional (SPO) guna memastikan konsistensi dan efisiensi dalam proses sterilisasi.

## BAB VI KESIMPULAN

Berdasarkan evaluasi, capaian SPM RSUD Aji Muhammad Parikesit pada tahun 2025 dengan persentase 85.45% dengan jumlah indikator sebanyak 94 indikator tercapai dari 110 indikator standar, terjadi peningkatan bila dibandingkan dengan capaian SPM tahun-tahun sebelumnya sebagai berikut;

No.	Rincian	HASIL TAHUN			HASIL TAHUN 2025
		2022	2023	2024	
1	Jumlah Indikator Tercapai	80	90	92	94
2	Jumlah Indikator	99	110	110	110
3	<b>Capaian SPM RSUD Aji Muhammad Parikesit</b>	<b>80.81%</b>	<b>81.82%</b>	<b>83.64%</b>	<b>85.45%</b>

Jika dilihat dari grafik pertumbuhan dari capaian SPM sebagai berikut;



Pada tahun 2025, terdapat indikator yang belum memenuhi SPM dengan persentase ketidakcapaiannya sebesar 14.55% jika dibandingkan dengan capaian SPM tahun sebelumnya terjadi perbaikan dalam pencapaian indikator secara keseluruhan.

Indikator yang tidak mencapai standar antara lain:

1. Pelayanan Gawat Darurat
  - a. Kematian pasien  $\leq$  8 jam (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
2. Pelayanan Rawat Jalan
  - a. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan



- b. Waktu tunggu di rawat jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
  - a. Jam visite dokter spesialis (08.00-14.00)
3. Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi
  - a. Angka kematian bayi
  - b. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
  - c. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr
  - d. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
  - e. Keluarga Berencana
4. Pelayanan Intensif
  - a. Pemberi pelayanan unit intensif  $\geq 50\%$  perawat D3, D4, perawat mahir
5. Pelayanan Radiologi
  - a. Pelaksanaan ekspertise hasil pemeriksaan radiologi
6. Pelayanan Farmasi
  - b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
7. Tranfusi Darah
  - a. Kejadian reaksi transfusi
8. Pelayanan Rekam Medik
  - a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
  - b. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
9. Administrasi dan Manajemen
  - a. Kesesuaian jumlah Surat Elegibilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan terhadap jumlah sep yang diklaimkan



## BAB VII PENUTUP

Laporan Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2025 ini telah disusun secara sistematis melalui proses koordinasi dan analisa mendalam bersama seluruh unit kerja terkait di RSUD Aji Muhammad Parikesit. Dokumen ini berfungsi sebagai instrumen monitoring yang kredibel untuk mengukur efektivitas pelayanan serta tingkat kepatuhan terhadap standar mutu yang telah ditetapkan.

Berdasarkan hasil evaluasi, terdapat berbagai pencapaian signifikan, termasuk keberhasilan Instalasi Laundry yang mencapai target 100% setelah periode tiga tahun sebelumnya, serta konsistensi pada unit penunjang lainnya. Namun demikian, perhatian khusus perlu diberikan pada indikator Pelayanan Persalinan dan Perinatologi, dimana masih teridentifikasi cukup banyak parameter capaian yang belum memenuhi standar minimal yang ditetapkan. Selain itu, aspek Kelengkapan Rekam Medis juga tetap menjadi prioritas evaluasi untuk mencapai target mutlak di masa mendatang. Kondisi ini menuntut adanya audit klinis dan manajerial yang lebih intensif guna mengidentifikasi hambatan spesifik di unit-unit tersebut.

Sebagai institusi pelayanan publik yang berfokus pada bidang kesehatan, RSUD Aji Muhammad Parikesit senantiasa memegang teguh komitmen untuk melakukan perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*). Upaya ini diarahkan sebagai langkah nyata rumah sakit dalam memberikan kontribusi optimal bagi pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah Kabupaten Kutai Kartanegara.

Penghargaan dan terima kasih yang setinggi-tingginya disampaikan kepada seluruh *civitas hospitalia* baik di jajaran manajemen, tenaga medis, maupun staf pendukung atas dedikasi, dukungan, serta kerja sama dalam penyusunan laporan ini. Disadari bahwa dokumen ini masih memiliki ruang untuk penyempurnaan. Oleh karena itu, saran serta masukan yang konstruktif dari seluruh pemangku kepentingan sangat diharapkan untuk meningkatkan kualitas pelaporan di periode mendatang.



Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagai acuan strategis dan landasan kebijakan dalam upaya transformasi mutu pelayanan yang berkelanjutan di RSUD Aji Muhammad Parikesit.

Tenggarong Seberang, April 2026



Ditandatangani Secara Elektronik Oleh:  
Plt. Direktur,

**Dr. dr. Martina Yulianti, Sp.PD.,FINASIM, M.Kes (MARS)**  
Pembina Utama Muda 



# LAPORAN STANDAR 2025 PELAYANAN MINIMAL



## RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT

*Parikesit Pilihan Terbaik*

-  Jl. Ratu Agung No. 1 Tenggarong Seberang  
Kutai Kartanegara - Kalimantan Timur
-  Telp. (0541) 661013 - 661015
-  Email : [rsudamparikesit@yahoo.com](mailto:rsudamparikesit@yahoo.com)
-  Website : [www.rsamp.kukarkab.go.id](http://www.rsamp.kukarkab.go.id)

