

LAPORAN DAN MONITORING TRIWULAN I

RSUD



**20
24**



www.rsudkabmentawai.com

DAFTAR ISI

Daftar Isi	i
Daftar Tabel	ii
BAB I Pendahuluan	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud dan Tujuan	1
BAB II Pembahasan.....	2
A. Kinerja Pelayanan	2
1. Pelayanan Umum.....	2
2. Pelayanan Rawat Jalan	2
3. Pelayanan Rawat Inap.....	3
4. Instalasi Gawat Darurat	4
5. Instalasi Radiologi.....	4
6. Instalasi Farmasi	4
7. Instalasi Bedah Sentral.....	5
8. Instalasi Gizi	5
9. Instalasi Patologi Klinik (Laboratorium).....	5
10. Pelayanan Kebidanan Rawat Inap	6
11. Pelayanan Perinatologi	8
12. Rehabilitas Medik	9
B. Standar Pelayanan Minimal	9
BAB III Penutup	28

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Indikator Pelayanan pada Triwulan I tahun 2024.....	2
Tabel 2. Target dan Realisasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Menurut Jenis Poliklinik Pada Triwulan I Tahun 2024	2
Tabel 3. Pelayanan Rawat Inap pada Triwulan I Tahun 2024.....	3
Tabel 4. Rincian Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	3
Tabel 5. Kegiatan Pemeriksaan Radiologi.....	4
Tabel 6. Jumlah Resep Sesuai Formularium.....	4
Tabel 6.1 Kegiatan Instalasi Farmasi Januari.....	4
Tabel 6.2 Kegiatan Instalasi Farmasi Feberuari.....	5
Tabel 6.3 Kegiatan Instalasi Farmasi Maret	5
Tabel 7. Kegiatan Instalasi Bedah Sentral.....	5
Tabel 8. Kegiatan Instalasi Patologi Klinik	6
Tabel 9. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Januari.....	6
Tabel 10. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Februari	7
Tabel 11. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Maret.....	8
Tabel 12. Tabel Kegiatan KB.....	8
Tabel 13. Rekap Bayi BBLR.....	8
Tabel 14. Rekap Angka Kematian Neonatus dan Kematian Perinal	9
Tabel 15. DO Rehabilitas Medik.....	9
Tabel 16. Capaian Indikator SPM Januari	9
Tabel 17. Capaian Indikator SPM Februari.....	15
Tabel 18. Capaian Indikator SPM Maret	21

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laporan dan evaluasi kinerja triwulan I 2024 ini mencakup laporan dan evaluasi kinerja pelayanan dan SPM. Laporan kinerja pelayanan merangkum hampir seluruh kegiatan pelayanan rumah sakit yang mencakup informasi target dan realisasinya setiap unit layanan dapat dievaluasi kenaikan atau penurunan realisasi kinerja pelayanan dari periode sebelumnya dan kecenderungan dengan periode sebelumnya. Pola pelaporan juga menampilkan akumulasi realisasi sampai dengan triwulan laporan, dengan demikian akan dapat dievaluasi posisi pencapaian realisasi sampai dengan saat periode pelaporan dibandingkan dengan target satu tahunnya.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Penyusunan laporan kinerja triwulan ini dimaksudkan sebagai wujud pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan dalam rangka memenuhi amanah yang diberikan kepada Rumah Sakit Umum Daerah. Dimana Kegiatan meliputi Kinerja Pelayanan dan SPM.

2. Tujuan

a. Umum

Tersaji gambaran kinerja meliputi pelayanan dan SPM yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai oleh masing-masing satuan kerja dalam bentuk data dan informasi pada periode triwulan.

b. Khusus

- Tersedianya data dan informasi sebagai bahan dalam menyusun kebijakan.
- Mengetahui program-program dan kegiatan yang telah mencapai target maupun yang tidak tercapai.
- emberikan laporan kepada atasan atas pelaksanaan tugas yang telah dilakukan serta feedback kepada Unit-unit dibawahnya.

BAB II
PEMBAHASAN

A. Kinerja Pelayanan

1. Pelayanan Umum

Pada triwulan I jumlah kunjungan Rawat Jalan sebanyak 955 Pasien dan Rawat Inap sebanyak 340 Pasien.

Tabel. 1 Indikator Pelayanan pada Triwulan I tahun 2024

No	Indikator	Jumlah
1	Jumlah Pasien Rawat Jalan	955
2	Jumlah Pasien Rawat Inap	340
3	Jumlah Hari Rawatan	993
4	Jumlah Pasien IGD	620
5	Jumlah Tindakan Operasi	28
6	BOR	21,82%
7	AVLOS	3,9 Hari
8	TOI	10,7 Hari
9	BTO	6,8 Kali
10	NDR	0,8
11	GDR	1,7

2. Pelayanan Rawat Jalan

Jumlah kunjungan rawat jalan pada Bulan Januari 380 Pasien dengan rata-rata kunjungan 15 Pasien/ Hari layanan. Jumlah kunjungan pada Bulan Februari 258 Pasien dengan rata-rata kunjungan 10 Pasien/ Hari layanan. Sementara kunjungan pada Bulan Maret 317 Pasien dengan rata-rata Kunjungan 12 Pasien/ Hari Layanan. Pada triwulan I ini mengalami turun-naik jumlah kunjungan di tiap bulan nya.

Tabel 2. Target dan Realisasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Menurut Jenis Poliklinik Pada Triwulan I Tahun 2024

Poliklinik	Bulan			Jumlah
	Januari	Februari	Maret	
Anak	60	31	39	130
Bedah	24	11	22	57
Gigi	8	10	11	29
Obgyn	25	20	19	64
P. Dalam	173	129	145	447
Rehab. M	23	32	35	90
Umum	67	25	46	138
Total	380	258	317	955

3. Pelayanan Rawat Inap

Saat ini jumlah tempat tidur yang tersedia di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai sebanyak 50 Unit Tempat Tidur. Jumlah pasien rawat inap bulan Januari 142 Pasien, Bulan Februari 78 Pasien, Bulan Maret 120 Pasien dengan Total pasien pada triwulan I sebanyak 340 Pasien.

Tabel 3. Pelayanan Rawat Inap pada Triwulan I Tahun 2024

Uraian	Bulan		
	Januari	Februari	Maret
Hari Perawatan	403	228	362
Lama Dirawat	584	320	454
Pasien Hidup	140	78	116
Keluar Hidup + Mati	142	78	120
Mati < 48 Jam	2	0	1
Mati > 48 Jam	0	0	3
Tempat Tidur	50	50	50

BOR rawat inap pada bulan Januari 8,8 % sedangkan bulan Februari 5,01% dan pada bulan Maret sebesar 7,9%. Dimana BOR bulan Februari menjadi terendah dan Januari BOR tertinggi dari 3 bulan pertama.

AVLOS bulan Januari 4,11 Hari sedangkan bulan Februari sebesar 4,10 Hari dan pada bulan Maret sebesar 3,7 Hari dari data AVLOS pada bulan Maret menjadi yang terendah sementara bulan Januari Menjadi yang paling tinggi.

TOI pada bulan Januari sebesar 8,07 Hari sedangkan pada Februari sebesar 15, 6 Hari dan pada bulan Maret 9,9 Hari . Dari data TOI bulanan ini didapatkan bahwa TOI tertinggi di bulan Februari dan TOI terendah pada Bulan Januari.

BTO pada bulan Januari adalah 2,8 Kali sedangkan pada bulan Februari 1,56 Kali sedangkan pada bulan Maret sebesar 2,4 Kali dari data BTO ini dapat disimpulkan bahwa bulan Januari menjadi yang tertinggi sementara bulan Februari nilai BTO terendah.

NDR Pada Bulan Januari dan Februari sama dengan 0 sementara pada bulan Maret 2,5 per 1000 pasien

GDR pada bulan Januari sebesar 1,4 dan bulan Februari 0 Sementara bulan Maret 3,33

4. Instalasi Gawat Darurat

Jumlah Kunjungan di IGD RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan Januari 245 pasien sementara pada bulan Februari sebanyak 169 Pasien diman terjadi penurun jumlah pasien sedangkan pada bulan Maret sebanyak 206 Pasien terjadi kenaikan dari bulan Februari ke bulan Maret.

Tabel 4. Rincian Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Uraian Layanan	Bulan		
	Januari	Februari	Maret
Anak	36	28	33
Bedah	22	16	22
Kebidanan	53	19	34

P. Dalam (Non Bedah)	134	106	117
Jumlah	245	169	206

Data

kematian di IGD RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai :

- a. Death On Arrival (DOA) atau pasien yang datang ke IGD dan meninggal dunia sebelum di tangani pada triwulan I sebanyak 3 Orang
- b. Death On Table (DOT) yaitu pasien yang meninggal di IGD setelah di layani sebanyak 1 Orang pada triwulan I

5. Instalasi Radiologi

Jumlah pemeriksaan di instalasi radiologi pada bulan Januari 161 pemeriksaan, pada bulan Februari 112 pemeriksaan sementara pada bulan Maret sebanyak 185 Pemeriksaan dimana dari data tersebut bulan Maret menjadi yang tertinggi dan bulan Februari yang terendah.

Tabel 5. Kegiatan Pemeriksaan Radiologi

Uraian Layanan	Bulan		
	Januari	Februari	Maret
Foto Tanpa Bahan Kontras	134	95	160
USG Kebidanan	24	13	24
USG	3	4	1
Total	161	112	185

6. Instalasi Farmasi

Jumlah lembar resep yang diterima pada bulan Januari 693 resep dan pada bulan Februari total jumlah resep yang diterima sebanyak 605 sementara pada bulan Maret total Jumlah resep yang terima sebanyak 897 lembar.

Tabel 6. Jumlah Resep Sesuai Formularium

Bulan	Resep Sesuai Formularium	Total Resep	Persentase %
Januari	682	693	98,4
Februari	595	605	98,3
Maret	887	897	98,9

Tabel 6.1 Kegiatan Instalasi Farmasi Januari

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	258	148	243	649	4	0,6%	689	99,4%
2	ONGF	26	3	4	33				
3	OGNGNF	1	5	5	11				
TOTAL		285	156	252	693				

Tabel 6.2 Kegiatan Instalasi Farmasi Feberuari

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	284	92	201	577	1	0,2%	604	99,8%
2	ONGF	11	3	4	18				
3	OGNGNF	1	4	5	10				
TOTAL		296	99	210	605				

Tabel 6.3 Kegiatan Instalasi Farmasi Maret

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	472	144	241	857	3	0,3	894	99,7
2	ONGF	23	3	4	30				
3	OGNGNF	2	6	2	10				
TOTAL		497	153	247	897				

7. Instalasi Bedah Sentral

Kegiatan pada instalasi bedah sentral RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai terdiri pada Operasi Besar, Sedang, dan Kecil. Pada Bulan Januari terdapat 14 kegiatan Operasi sedangkan pada bulan Februari ada 5 kegiatan Operasi dan bulan Maret 9 kegiatan Operasi. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa tindakan operasi terbanyak terjadi di bulan Januari sedangkan tindakan terkecil terjadi di bulan Februari.

Tabel 7. Kegiatan Instalasi Bedah Sentral

Bulan	OPERASI			Total
	Besar	Sedang	Kecil	
Januari	12	2	0	14
Februari	5	0	0	5
Maret	6	3	0	9

8. Instalasi Gizi

Persentase sisa makan pada Bulan Januari sebesar 10,7 % dan pada bulan Februari sisa makanan sebesar 14,8 % bila di bandingkan bulan Januari sisa makan terjadi peningkatan di bulan Februari, sementara pada bulan Maret sisa makan sebesar 12% dimana bila dilihat dari bulan sebelumnya terjadi penurunan sisa sisamakan sebesar 2,8% dari bulan sebelumnya.

9. Instalasi Patologi Klinik (Laboratorium)

Kegiatan Instalasi Patologi Klinik Laboratorium RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan Januari sebanyak

2.328 Pemeriksaan sedangkan pada bulan Februari terdapat 1.928 Pemeriksaan dan pada bulan Maret ada 1.825 Pemeriksaan dengan kata lain pemeriksaan yang paling banyak terjadi pada bulan Januari sedangkan pada bulan-bulan berikutnya terjadi penurunan.

Tabel 8. Kegiatan Instalasi Patologi Klinik

No.	Jenis Pemeriksaan	Januari	Februari	Maret
1	Kimia Klinik	430	280	269
2	Gula Darah	172	132	133
3	Hematologi	978	572	936
4	Serologi	97	84	103
5	Bakteriologi	50	18	30
6	Elektrolit	4	3	0
7	Urine	451	390	243
8	Parasitologi	3	5	15
9	Tes Kehamilan	1	0	1
10	Anti HIV	62	34	54
11	SARS Cov-2-Ag	0	0	0
12	Troponin-I	8	2	5
13	TSH	9	9	13
14	FT4	9	9	12
15	NAPZA/Lain-Lain	54	390	11
TOTAL		2328	1928	1825

10. Pelayanan Kebidanan Rawat Inap

Total Persalinan pada bulan Januari sebanyak 36 orang rincian persalinan pervaginam sebanyak 29 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 7 orang. Sedangkan pada bulan Februari sebanyak 15 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 11 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 4 orang terjadi penurunan dari bulan sebelumnya sementara itu pada bulan Maret sebanyak 26 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 21 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 5 orang.

Tabel 9. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan Januari

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	27	0	27	0
2	Persalinan dengan bantuan	2	0	2	0
2.1	Vakum	2	0	2	0
2.2	Forceps	0	0	0	0
2.3	Ekstraksi bokong	0	0	0	0
3	Hamil/Bersalin/Nifas dg komplikasi dan kasus ginekologi:	11	0	11	0

3.1	Perdarahan sbml persalinan	1	0	1	0
3.2	Perdarahan ssdh persalinan	1	0	1	0
3.3	Preeklamsi	3	0	3	0
3.4	Eklamsi	0	0	0	0
3.5	Infeksi	0	0	0	0
3.7	Hepatitis B	0	0	0	0
3.8	Lain-Lain	6	0	6	0
4	Sectio Caesaria	7	0	7	0
5	Abortus	5	0	5	0
5.1	Abortus iminens	3	0	3	0
5.2	Abortus inkomplit	1	0	1	0
5.3	Abortus komplit	0	0	0	0
5.4	Abortus insipiens	1	0	1	0

Tabel 10. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Februari

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	10	0	10	0
2	Persalinan dengan bantuan	1	0	1	0
2.1	Vakum	1	0	1	0
2.2	Forceps	0	0	0	0
2.3	Ekstraksi bokong	0	0	0	0
3	Hamil/Bersalin/Nifas dg komplikasi dan kasus ginekologi:	8	0	8	0
3.1	Perdarahan sbml persalinan	0	0	0	0
3.2	Perdarahan ssdh persalinan	0	0	0	0
3.3	Preeklamsi	1	0	1	0
3.4	Eklamsi	0	0	0	0
3.5	Infeksi	0	0	0	0
3.6	Hipertensi dlm kehamilan	0	0	0	0
3.7	Hepatitis B	0	0	0	0
3.8	Lain-Lain	7	0	7	0
4	Sectio Caesaria	4	0	4	0
5	Abortus	5	0	5	0
5.1	Abortus iminens	1	0	1	0
5.2	Abortus inkomplit	4	0	4	0
5.3	Abortus komplit	0	0	0	0

Tabel 11. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Maret

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	20	0	20	0
2	Persalinan dengan bantuan	1	0	1	0
2.1	Vakum	1	0	1	0
2.2	Forceps	0	0	0	0
2.3	Ekstraksi bokong	0	0	0	0
3	Hamil/Bersalin/Nifas dg komplikasi dan kasus ginekologi:	8	0	8	0
3.1	Perdarahan sbm persalinan	0	0	0	0
3.2	Perdarahan ssdh persalinan	0	0	0	0
3.3	Preeklamsi	3	0	3	0
3.4	Eklamsi	0	0	0	0
3.5	Infeksi	0	0	0	0
3.6	Hipertensi dlm kehamilan	0	0	0	0
3.7	Hepatitis B	0	0	0	0
3.8	Lain-Lain	5	0	5	0
4	Sectio Caesaria	5	0	5	0
5	Abortus	3	0	3	0
5.1	Abortus iminens	2	0	2	0
5.2	Abortus inkomplit	1	0	1	0
5.3	Abortus komplit	0	0	0	0

Tabel 12. Tabel Kegiatan KB

Uraian	Bulan		
	Januari	Februari	Maret
IUD Paska Salin	4	1	1
Implan	0	0	0
MOW	2	1	1
Suntik	0	0	0
Pil	0	0	0
Jumlah	6	2	2

11. Pelayanan Perinatologi

Bayi yang ditangani pada bulan Januari 10 orang sedang pada bulan Februari 6 orang dan pada bulan Maret sebanyak 4 orang

Tabel 13. Rekap Bayi BBLR

BULAN	BAYI BBLR YANG DITANGANI			TOTAL
	SEHAT	MENINGGAL	DIRUJUK	
JANUARI	10	0	0	10
FEBRUARI	6	0	0	6
MARET	3	1	0	4

Tabel 14. Rekap Angka Kematian Neonatus dan Kematian Perinatal

BULAN	KEMATIAN NEONATUS		JUMLAH LAHIR MATI		KEMATIAN PERINATAL	KEMATIAN POST NEONATAL	LAHIR HIDUP
	DINI	LANJUT	ANTEPARTUM	INTRAPARTUM			
JANUARI	1	0	0	0	1	0	36
FEBRUARI	0	0	0	0	0	0	17
MARET	1	0	0	0	1	0	28

12. Rehabilitas Medik

Jumlah Pasien Pada Bulan Januari sebanyak 63 pasien sementara pada bulan Februari sebanyak 43 pasien yang dimana terjadi penurunan jumlah pasien dari bulan yang sebelumnya, pada bulan Maret ada 67 pasien yang dimana terjadi peningkatan dari bulan sebelumnya.

Tabel 15. DO Rehabilitas Medik

Bulan	Jlh Pasien	Pasien Program	Drop Out	Persentasi
Januari	63	2	1	50%
Februari	43	2	0	-
Maret	67	2	0	-

B. Standar Pelayanan Minimal

1. Standar Pelayanan Minimal Januari

Terdapat 91 indikator capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah terdapat, 10 indikator (10,9%) yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang belum memenuhi target. 81 indikator (89,1%) telah memenuhi target.

Tabel 16. Capaian Indikator SPM Januari

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	100%	100%
		2. Jam buka Pelayanan Gawat darurat	24 jam	24 jam
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)	100%	100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	Satu Tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah	7 menit

			pasien datang		
		6.	Kematian pasien < 24 jam	≤ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	-
		7.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%
2.	Rawat Jalan	1.	Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%
		2.	Ketersediaan Pelayanan	Poli Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Kebidanan	100%
		3.	Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00	100%
		4.	Waktu Tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	50 menit
		5.	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	80%
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	75%
			c. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%
3.	Rawat Inap	1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan Kelas RS	100%
		2.	Dokter Penanggung Jawab pasien Rawat Inap	100%	100%
		3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Rawat Inap Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Kebidanan	100%
		4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%
		5.	Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1,5 %	0%
		6.	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0 %
		7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang	100%	100%

			berakibat kecacatan/kematian		
		8.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	-
		9.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	0,7%
		10.	Rawat Inap TB		
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	80%
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	75%
			c. Pasien Rawat Inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%
4.	Bedah Sentral (Bedah Saja)	1.	Waktu Tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1,5 hari
		2.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	-
		3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%
		4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%
		5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%
		6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%
		7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi Endotracheal Tube	≤ 6 %	-
5.	Persalinan dan Perinatologi dan KB	1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤ 1%, Pre eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 %	-
		2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG, Dokter Umum terlatih (APN), Bidan	100%
		3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	100%
		4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Sp. OG, Sp. A, Sp. An	67%
		5.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	100%
		6.	Pertolongan persalinan melalui Sectio Cesaria	≤ 20 %	19,4%

		7.	Pelayanan Kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	100%	100%
		8.	Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	100%	100%
6.	Intensif	1.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	-
		2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif	Sp. An, Sp lainnya sesuai dgn kasus dan perawat D3 dgn sertifikat mahir ICU/setara D4	41,17%
		3.	Ketersediaan Tempat Tidur dengan monitoring ventilator dan	Sesuai kelas RS dan standar ICU	100%
		4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	100%
7.	Radiologi	1.	Waktu Tunggu hasil pelayanan Thorax foto	≤ 3 jam	45 menit
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Radiologi	-
		3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan Foto ≤ 2 %	0%
		4.	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu Tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤ 120 menit	90 menit
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Patologi Klinik	Tersedia Dokter Sp.PK
		3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%
		4.	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100%, tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%
		5.	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100%, tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%
9.	Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi	≤50%	50%

		Medik yang direncanakan		
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%
10.	Farmasi	1. Waktu Tunggu Pelayanan		
		a. Obat Jadi	≤ 30 menit	15 menit
		b. Racikan	≤ 60 menit	30 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%
		3. Penulisan resep sesuai formularium	100%	98,4%
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	21,4%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%
12.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%
		2. Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01 %	-
13.	Pelayanan GAKIN	1. Pelayanan Terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100%
		2. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%
		2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit	8 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	12 menit
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku Mutu Limbah Cair	BOD < 30 mg/l, COD <80mg/l,	BOD 7,28 COD 24,8 TSS 3,30

			TSS < 30mg/l, pH 6-9	pH 7,61
		2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
16.	Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %
		7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1.	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam
		2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit
		3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit
18.	Pemulasaran Jenazah	1.	Waktu Tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %
		2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang	100%

			digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi		
20.	Pelayanan Laundry	1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%
		2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75%	40%
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / unit	60%	75%
		3.	Angka Kejadian Luka Dekubitus	≤ 2%	0%
		4.	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 2%	2,75%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

2. Standar Pelayanan Minimal Februari

Pada bulan Februari dari 91 Indikator terdapat 11 indikator yang belum memenuhi target yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah hanaya 80 indikator yang memenuhi target (87,9%) terjadi penurunan dari bulan sebelumnya.

Tabel 17. Capaian Indikator SPM Februari

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN
1.	Gawat Darurat	1.	Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	100%	100%
		2.	Jam buka Pelayanan Gawat darurat	24 jam	24 jam
		3.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)	100%	100%
		4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	Satu Tim

		5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	7 menit
		6.	Kematian pasien < 24 jam	≤ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	11,8/1000
		7.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%
2.	Rawat Jalan	1.	Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%
		2.	Ketersediaan Pelayanan	Poli Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Kebidanan	100%
		3.	Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00	100%
		4.	Waktu Tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	50 menit
		5.	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	80%
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	75%
			c. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%
3.	Rawat Inap	1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan Kelas RS	100%
		2.	Dokter Penanggung Jawab pasien Rawat Inap	100%	100%
		3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Rawat Inap Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Kebidanan	100%
		4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%
		5.	Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1,5 %	0%

		6.	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0 %
		7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%
		8.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	-
		9.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	-
		10.	Rawat Inap TB		
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	80%
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	75%
			c. Pasien Rawat Inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%
4.	Bedah Sentral (Bedah Saja)	1.	Waktu Tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1,5 hari
		2.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	-
		3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%
		4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%
		5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%
		6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%
		7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi Endotracheal Tube	≤ 6 %	-
5.	Persalinan dan Perinatologi dan KB	1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤ 1%, Pre eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 %	-
		2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG, Dokter Umum terlatih (APN), Bidan	100%
		3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	100%

		4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Sp. OG, Sp. A, Sp. An	67%
		5.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	100%
		6.	Pertolongan persalinan melalui Sectio Cesaria	≤ 20 %	26,7%
		7.	Pelayanan Kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	100%	100%
		8.	Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	100%	100%
6.	Intensif	1.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	-
		2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif	Sp. An, Sp lainnya sesuai dgn kasus dan perawat D3 dgn sertifikat mahir ICU/setara D4	41,17%
		3.	Ketersediaan Tempat Tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	100%
		4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	100%
7.	Radiologi	1.	Waktu Tunggu hasil pelayanan Thorax foto	≤ 3 jam	45 menit
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Radiologi	-
		3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan Foto ≤ 2 %	0%
		4.	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu Tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤ 120 menit	90 menit
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Patologi Klinik	Tersedia Dokter Sp.PK
		3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%
		4.	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100%, tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%

		5.	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100%, tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%
9.	Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤50%	-
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%
10.	Farmasi	1.	Waktu Tunggu Pelayanan		
		a.	Obat Jadi	≤ 30 menit	15 menit
		b.	Racikan	≤ 60 menit	30 menit
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%
		3.	Penulisan resep sesuai formularium	100%	98,84%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	14%
		3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%
12.	Transfusi Darah	1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%
		2.	Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01 %	-
13.	Pelayanan GAKIN	1.	Pelayanan Terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100%
		2.	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%
14.	Rekam Medik	1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%
		2.	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%

		3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit	8 menit
		4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	12 menit
15.	Pengelolaan Limbah	1.	Baku Mutu Limbah Cair	BOD < 30 mg/l, COD <80mg/l, TSS < 30mg/l, pH 6-9	BOD 3,73 COD 9,91 TSS 2,05 pH 7,32
		2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%
16.	Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%
		2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%
		3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%
		4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%
		5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	17,45%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	57,2%
		7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%
		8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	20 menit
		9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1.	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam
		2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	17 menit
		3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	20 menit
18.	Pemulasaran Jenazah	1.	Waktu Tanggap (response time)	≤ 2 jam	1,5 jam

			elayanan pemulasaran jenazah		
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	82,5%
		2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%
		3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%
20.	Pelayanan Laundry	1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%
		2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75%	40%
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / unit	60%	75%
		3.	Angka Kejadian Luka Dekubitus	≤ 2%	0%
		4.	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 2%	4,5%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

3. Standar Pelayanan Minimal Maret

Dari total 91 indikator capaian SPM Rumah Sakit terdapat 12 indikator (13,2%) yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang belum memenuhi target SPM di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai di Bulan Maret 2024.

Tabel 18. Capaian Indikator SPM Maret

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN
1.	Gawat Darurat	1.	Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	100%	100%
		2.	Jam buka Pelayanan Gawat darurat	24 jam	24 jam

		3.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)	100%	100%
		4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	Satu Tim
		5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	5 menit
		6.	Kematian pasien < 24 jam	≤ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	4,85/1000
		7.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%
2.	Rawat Jalan	1.	Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%
		2.	Ketersediaan Pelayanan	Poli Anak, Penyakit Dalam, Bedah dan Kebidanan	100%
		3.	Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00	100%
		4.	Waktu Tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	50 menit
		5.	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	80%
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	75%
			c. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%
3.	Rawat Inap	1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan Kelas RS	100%
		2.	Dokter Penanggung Jawab pasien Rawat Inap	100%	100%
		3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Rawat Inap Anak, Penyakit	100%

			Dalam, Bedah dan Kebidanan	
		4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 100%
		5.	Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1,5 % 0%
		6.	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 % 0 %
		7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100% 100%
		8.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 % 2,5%
		9.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 % 0,83%
		10.	Rawat Inap TB	
		a.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 % 80%
		b.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 % 75%
		c.	Pasien Rawat Inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100% 100%
4.	Bedah Sentral (Bedah Saja)	1.	Waktu Tunggu operasi elektif	≤ 2 hari 1,5 hari
		2.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 % -
		3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100% 100%
		4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100% 100%
		5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100% 100%
		6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100% 100%
		7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi Endotracheal Tube	≤ 6 % -
5.	Persalinan dan Perinatologi dan KB	1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤ 1%, Pre eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 % -
		2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG, Dokter 100%

			Umum terlatih (APN), Bidan		
		3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	100%
		4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Sp. OG, Sp. A, Sp. An	67%
		5.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	75%
		6.	Pertolongan persalinan melalui Sectio Cesaria	≤ 20 %	19,2%
		7.	Pelayanan Kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	100%	100%
		8.	Konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	100%	100%
6.	Intensif	1.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	-
		2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif	Sp. An, Sp lainnya sesuai dgn kasus dan perawat D3 dgn sertifikat mahir ICU/setara D4	41,17%
		3.	Ketersediaan Tempat Tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	100%
		4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	100%
7.	Radiologi	1.	Waktu Tunggu hasil pelayanan Thorax foto	≤ 3 jam	45 menit
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Radiologi	-
		3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan Foto ≤ 2 %	0%
		4.	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu Tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤ 120 menit	90 menit
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Patologi Klinik	Tersedia Dokter Sp.PK
		3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%

		4.	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100%, tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%
		5.	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100%, tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%
9.	Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤50%	-
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%
10.	Farmasi	1.	Waktu Tunggu Pelayanan		
			a. Obat Jadi	≤ 30 menit	15 menit
			b. Racikan	≤ 60 menit	30 menit
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%
		3.	Penulisan resep sesuai formularium	100%	98,88%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	11%
		3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%
12.	Transfusi Darah	1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%
		2.	Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01 %	-
13.	Pelayanan GAKIN	1.	Pelayanan Terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100%
		2.	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%
14.	Rekam Medik	1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%
		2.	Kelengkapan informed consent setelah	100%	100%

			mendapatkan informasi yang jelas		
		3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤10 menit	8 menit
		4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	12 menit
15.	Pengelolaan Limbah	1.	Baku Mutu Limbah Cair	BOD < 30 mg/l, COD <80mg/l, TSS < 30mg/l, pH 6-9	BOD 5,07 COD 9,91 TSS 2,20 pH 7,66
		2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%
16.	Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%
		2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%
		3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%
		4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%
		5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	24,8%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	22,9%
		7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%
		8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	20 menit
		9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1.	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam
		2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	17 menit
		3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	20 menit

18.	Pemulasaran Jenazah	1.	Waktu Tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	1,5 jam
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	82,5%
		2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%
		3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%
20.	Pelayanan Laundry	1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%
		2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75%	40%
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / unit	60%	75%
		3.	Angka Kejadian Luka Dekubitus	≤ 2%	0%
		4.	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 2%	2,81%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

BAB III

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kinerja Pelayanan
 - a. Volume Pelayanan
Volume pelayanan pada semua jenis layanan, baik rawat inap, rawat jalan IGD maupun penunjang lainnya masih belum ideal. Dan cenderung mengalami penurunan
 - b. Mutu Pelayanan
Indikator NDR dan GDR pada Triwulan I ini berada pada 0,8 dan 1,7
2. Standar Pelayanan Minimal
Jumlah indikator pada standar pelayanan minimal sebanyak 91 dan pada triwulan I terdapat penurunan angka capaian. Dimana pada bulan Januari terdapat 10 indikator lalu pada bulan Februari terjadi kenaikan menjadi 11 indikator dan pada bulan Maret terjadi kenaikan menjadi 12 indikator yang tidak memenuhi target.

B. Saran

1. Peningkatan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah pelayanan
2. Peningkatan Penulisan Resep Sesuai dengan Formularium
3. Menyediakan pelatihan bagi anggota PPI

Tuapejat, 2 April 2024
Direktur



dr. Tony Ruslim
NIP. 197909182008021001