

LAPORAN DAN MONITORING TRIWULAN II

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 II tahun 2024.....	2
Tabel 2. Target dan Realisasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Menurut Jenis Poliklinik Pada Triwulan II Tahun 2024	2
Tabel 3. Pelayanan Rawat Inap pada Triwulan II 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 April.....	4
Tabel 6.2 Kegiatan Instalasi Farmasi Mei	5
Tabel 6.3 Kegiatan Instalasi Farmasi Juni.....	5
Tabel 7. Kegiatan Instalasi Bedah Sentral.....	5
Tabel 8. Kegiatan Instalasi Patologi Klinik	6
Tabel 9. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan April.....	6
Tabel 10. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan Mei	7
Tabel 11. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan Juni.....	8
Tabel 12. Tabel Kegiatan KB.....	8
Tabel 13. Rekap Bayi BBLR.....	8
Tabel 14. Rekap Angka Kematian Neonatus dan Kematian Perinatal	9
Tabel 15. DO Rehabilitas Medik.....	9
Tabel 16. Capaian Indikator SPM April	9
Tabel 17. Capaian Indikator SPM Mei.....	15
Tabel 18. Capaian Indikator SPM Juni	21

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laporan dan evaluasi kinerja triwulan II 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 II jumlah kunjungan Rawat Jalan sebanyak 969 Pasien dan Rawat Inap sebanyak 347 Pasien. Pada triwulan II ini terjadi kenaikan jumlah pasien baik rawat jalan maupun rawat inap dari triwulan I.

Tabel. 1 Indikator Pelayanan pada Triwulan II tahun 2024

No	Indikator	Jumlah
1	Jumlah Pasien Rawat Jalan	969
2	Jumlah Pasien Rawat Inap	347
3	Jumlah Hari Rawatan	968
4	Jumlah Pasien IGD	712
5	Jumlah Tindakan Operasi	27
6	BOR	21,04%
7	AVLOS	3,63 Hari
8	TOI	10,47 Hari
9	BTO	6,84 Kali
10	NDR	1,73
11	GDR	2,59

2. Pelayanan Rawat Jalan

Jumlah kunjungan rawat jalan pada Bulan April 354 Pasien dengan rata-rata kunjungan 13 Pasien/ Hari layanan. Jumlah kunjungan pada Bulan Mei 297 Pasien dengan rata-rata kunjungan 11 Pasien/ Hari layanan. Sementara kunjungan pada Bulan Juni 318 Pasien dengan rata-rata Kunjungan 12 Pasien/ Hari Layanan. Pada triwulan II ini mengalami kenaikan jumlah kunjungan dari Triwulan sebelumnya.

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

Poliklinik	Bulan			Jumlah
	April	Mei	Juni	
Anak	43	34	39	116
Bedah	9	10	36	55
Gigi	4	8	5	17
Obgyn	17	21	29	67
P. Dalam	138	144	122	404
Rehab. M	9	16	31	56
Umum	134	64	56	254
Total	354	297	318	969

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 April 122 Pasien, Bulan Mei 121 Pasien, Bulan Juni 104 Pasien dengan Total pasien pada triwulan II sebanyak 347 Pasien lebih banyak dari pada Triwulan I yang hanya 340 Pasien.

Tabel 3. Pelayanan Rawat Inap pada Triwulan II Tahun 2024

Uraian	Bulan		
	April	Mei	Juni
Hari Perawatan	320	320	328
Lama Dirawat	421	459	379
Pasien Hidup	119	116	103
Keluar Hidup + Mati	122	121	104
Mati < 48 Jam	1	1	1
Mati > 48 Jam	2	4	0
Tempat Tidur	50	50	50

BOR rawat inap pada bulan April 21,3 % sedangkan bulan Mei 20,6% dan pada bulan Juni sebesar 21,9 %. Dimana BOR bulan Mei menjadi terendah dan Juni BOR tertinggi.

AVLOS bulan April 3,4 Hari sedangkan bulan Mei sebesar 3,7 Hari dan pada bulan Juni sebesar 3,6 Hari dari data AVLOS pada bulan April menjadi yang terendah sementara bulan Mei menjadi yang paling tinggi.

TOI pada bulan April sebesar 9,6 Hari sedangkan pada Mei sebesar 10,1 Hari dan pada bulan Juni 11,2 Hari . Dari data TOI bulanan ini didapatkan bahwa TOI tertinggi di bulan Juni dan TOI terendah pada Bulan April.

BTO pada bulan April adalah 2,44 Kali sedangkan pada bulan Mei 2,42 Kali sedangkan pada bulan Juni sebesar 2,08 Kali dari data BTO ini dapat disimpulkan bahwa bulan April menjadi yang tertinggi sementara bulan Juni nilai BTO terendah.

NDR Pada bulan April 1,6 sementara pada bulan Mei sebesar 3,3 pada bulan Juni sama dengan 0.

GDR pada bulan April 2,4 sementara pada bulan Mei sebesar 4,1 sedangkan pada bulan Juni 0,96

4. Instalasi Gawat Darurat

Jumlah Kunjungan di IGD RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan April 239 pasien sementara pada bulan Mei sebanyak 262 Pasien dimana terjadi Kenaikan jumlah pasien sedangkan pada bulan Juni sebanyak 211 Pasien terjadi Penurunan dari bulan Mei ke bulan Juni.

Tabel 4. Rincian Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Uraian Layanan	Bulan		
	April	Mei	Juni
Anak	38	39	33
Bedah	27	26	22
Kebidanan	23	35	34
P. Dalam (Non Bedah)	151	162	119
Jumlah	239	262	211

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 II tidak ada
- b. Death On Table (DOT) yaitu pasien yang meninggal di IGD setelah di layani sebanyak 3 Orang pada triwulan II

5. Instalasi Radiologi

Jumlah pemeriksaan di instalasi radiologi pada bulan April 181 pemeriksaan, pada bulan Mei 298 pemeriksaan sementara pada bulan Juni sebanyak 50 Pemeriksaan dimana dari data tersebut bulan Mei menjadi yang tertinggi dan bulan Juni yang terendah.

Tabel 5. Kegiatan Pemeriksaan Radiologi

Uraian Layanan	Bulan		
	April	Mei	Juni
Foto Tanpa Bahan Kontras	169	285	30
USG Kebidanan	12	11	18
USG	0	2	2
Total	181	298	50

6. Instalasi Farmasi

Jumlah lembar resep yang diterima pada bulan April 640 resep dan pada bulan Mei total jumlah resep yang diterima sebanyak 777 sementara pada bulan Juni total Jumlah resep yang terima sebanyak 1309 lembar.

Tabel 6. Jumlah Resep Sesuai Formularium

Bulan	Resep Sesuai Formularium	Total Resep	Persentase %
April	631	640	98,6
Mei	771	777	99,2
Juni	1299	1309	99,2

Tabel 6.1 Kegiatan Instalasi Farmasi April

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	255	164	193	612	7	1,1%	633	98,9%
2	ONGF	11	4	4	19				
3	OGNGNF	3	4	2	9				

TOTAL	269	172	199	640				
--------------	------------	------------	------------	------------	--	--	--	--

Tabel 6.2 Kegiatan Instalasi Farmasi Mei

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	349	148	234	731	6	0,8%	771	99,2%
2	ONGF	33	3	4	40				
3	OGNGNF	0	4	2	6				
TOTAL		382	155	240	777				

Tabel 6.3 Kegiatan Instalasi Farmasi Juni

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	721	174	371	1266	10	0,8%	1299	99,2%
2	ONGF	17	2	14	33				
3	OGNGNF	1	4	5	10				
TOTAL		739	180	390	1309				

7. Instalasi Bedah Sentral

Kegiatan pada instalasi bedah sentral RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai terdiri pada Operasi Besar, Sedang, dan Kecil. Pada Bulan April terdapat 8 kegiatan Operasi sedangkan pada bulan Mei ada 13 kegiatan Operasi dan bulan Juni 6 kegiatan Operasi. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa tindakan operasi terbanyak terjadi di bulan Mei sedangkan tindakan terkecil terjadi di bulan Juni. Sementara itu terjadi penurunan jumlah tindakan dari triwulan I ke Triwulan II

Tabel 7. Kegiatan Instalasi Bedah Sentral

Bulan	OPERASI			Total
	Besar	Sedang	Kecil	
April	7	1	0	8
Mei	10	3	0	13
Juni	6	0	0	6

8. Instalasi Gizi

Persentase sisa makan pada Bulan April sebesar 16,6 % dan pada bulan Mei sisa makanan sebesar 10,3 % bila di bandingkan bulan April sisa makan terjadi peningkatan di bulan Mei, sementara pada bulan Juni sisa makan sebesar 11,5%. Sisa makan tertinggi pada Bulan April dan terendah pada Bulan Mei.

9. Instalasi Patologi Klinik (Laboratorium)

Kegiatan Instalasi Patologi Klinik Laboratorium RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan April sebanyak 1.878

Pemeriksaan sedangkan pada bulan Mei terdapat 2.452 Pemeriksaan dan pada bulan Juni ada 2.131 Pemeriksaan dengan kata lain pemeriksaan yang paling banyak terjadi pada bulan Mei sedangkan pada April pemeriksaan paling rendah.

Tabel 8. Kegiatan Instalasi Patologi Klinik

No.	Jenis Pemeriksaan	April	Mei	Juni
1	Kimia Klinik	317	497	382
2	Gula Darah	175	173	145
3	Hematologi	900	1080	1036
4	Serologi	123	118	90
5	Bakteriologi	22	22	63
6	Elektrolit	0	0	4
7	Urine	220	450	310
8	Parasitologi	6	10	6
9	Tes Kehamilan	1	8	5
10	Anti HIV	44	55	49
11	SARS Cov-2-Ag	0	0	0
12	Troponin-I	21	2	4
13	TSH	10	9	9
14	FT4	10	8	9
15	NAPZA/Lain-Lain	29	20	19
TOTAL		1878	2452	2131

10. Pelayanan Kebidanan Rawat Inap

Total Persalinan pada bulan April sebanyak 19 orang rincian persalinan pervaginam sebanyak 15 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 4 orang. Sedangkan pada bulan Mei sebanyak 21 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 18 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 3 orang sementara itu pada bulan Juni sebanyak 15 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 12 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 3 orang. Total persalinan di Triwulan II sebanyak 55 tindakan yang mana lebih sedikit dari pada Triwulan I.

Tabel 9. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan April

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	14	0	14	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:	9	0	9	0
3.1	Perdarahan sblm persalinan	1	0	1	0
3.2	Perdarahan ssdh persalinan	0	0	0	0
3.3	Preeklamsi	2	0	2	0
3.4	Eklamsi	0	0	0	0
3.5	Infeksi	0	0	0	0
3.6	Hipertensi dlm kehamilan	1	0	1	0
3.7	Hepatitis B	0	0	0	0
3.8	Lain-Lain	6	0	6	0
4	Sectio Caesaria	4	0	4	0
5	Abortus	4	0	4	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

Tabel 10. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan Mei

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	15	0	15	0
2	Persalinan dengan bantuan	3	0	3	0
2.1	Vakum	3	0	3	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:	6	0	6	0
3.1	Perdarahan sblm persalinan	0	0	0	0
3.2	Perdarahan ssdh persalinan	0	0	0	0
3.3	Preeklamsi	0	0	0	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	6	0	6	0
4	Sectio Caesaria	3	0	3	0
5	Abortus	5	0	5	0
5.1	Abortus iminens	2	0	2	0
5.2	Abortus inkomplit	2	0	2	0
5.3	Abortus komplit	0	0	0	0
5.4	Abortus insipiens	1	0	1	0

Tabel 11. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Juni

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	11	0	11	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:	9	0	9	0
3.1	Perdarahan sbllm persalinan	0	0	0	0
3.2	Perdarahan ssdh persalinan	0	0	0	0
3.3	Preeklamsi	0	0	0	0
3.4	Eklamsi	0	0	0	0
3.5	Infeksi	1	0	1	0
3.6	Hipertensi dlm kehamilan	0	0	0	0
3.7	Hepatitis B	0	0	0	0
3.8	Lain-Lain	8	0	8	0
4	Sectio Caesaria	3	0	3	0
5	Abortus	3	0	3	0
5.1	Abortus iminens	1	0	1	0
5.2	Abortus inkomplit	2	0	2	0
5.3	Abortus komplit	0	0	0	0
5.4	Abortus insipiens	0	0	0	0

Tabel 12. Tabel Kegiatan KB

Uraian	Bulan		
	April	Mei	Juni
IUD Paska Salin	1	1	0
Implan	0	0	0
MOW	3	1	0
Suntik	0	0	0
Pil	0	0	0
Jumlah	4	2	0

11. Pelayanan Perinatologi

Bayi yang ditangani pada bulan April 2 orang sedang pada bulan Mei 2 orang dan pada bulan Juni sebanyak 2 orang

Tabel 13. Rekap Bayi BBLR

BULAN	BAYI BBLR YANG DITANGANI			TOTAL
	SEHAT	MENINGGAL	DIRUJUK	
APRIL	2	0	0	2
MEI	2	0	0	2
JUNI	2	0	0	2

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			
APRIL	1	0	0	0	1	0	19
MEI	1	0	1	0	2	0	18
JUNI	0	0	0	0	0	0	15

12. Rehabilitas Medik

Jumlah Pasien Pada Bulan April sebanyak 27 pasien sementara pada bulan Mei sebanyak 36 pasien yang dimana terjadi penurunan jumlah pasien dari bulan yang sebelumnya, pada bulan Juni ada 53 pasien yang dimana terjadi peningkatan dari bulan sebelumnya.

Tabel 15. DO Rehabilitas Medik

Bulan	Jlh Pasien	Pasien Program	Drop Out	Persentasi
April	27	1	0	-
Mei	36	2	0	-
Juni	53	4	2	50%

B. Standar Pelayanan Minimal

1. Standar Pelayanan Minimal April

Terdapat 91 indikator capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah terdapat, 12 indikator (13,2%) yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang belum memenuhi target. 79 indikator (86,8%) telah memenuhi target.

Tabel 16. Capaian Indikator SPM April

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)	-
		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 %	1,6%
		9.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	9%
		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 %	21,1%

		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%	-

		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%	98,6%
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	16%
		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 4,80 COD< 9,91

			TSS < 30mg/l, pH 6-9	TSS 1,12 pH 7,50	
		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 %	27,3%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	19,35%
		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	100%	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%	0,78%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

2. Standar Pelayanan Minimal Mei

Pada bulan Mei dari 91 Indikator terdapat 12 (13,2%) indikator yang belum memenuhi target yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah hanya 79 indikator yang memenuhi target (86,8%) terjadi penurunan dari bulan sebelumnya.

Tabel 17. Capaian Indikator SPM Mei

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN
1.	Gawat Darurat	1.	Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	100%	100%
		2.	Jam buka Pelayanan Gawat darurat	24jam	24jam
		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)	7,6
		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	$\leq 1,5 \%$	0 %
		7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%
		8.	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24 \%$	3,3%
		9.	Kejadian Pulang Paksa	$\leq 5 \%$	0,8%
		10.	Rawat Inap TB		
		a.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	$\geq 60 \%$	80%
		b.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	$\geq 60 \%$	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	$\leq 1 \%$	-
		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	$\leq 6 \%$	-
5.	Persalinan dan Perinatologi dan KB	1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan $\leq 1\%$, Pre eklampsia $\leq 30 \%$, Sepsis $\leq 0,2 \%$	-
		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 %	14,3%
		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	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%	99,1%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	20,5%
		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 5,07 COD 19 TSS 1,08 pH 7,09
		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 %	25,6%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	18,03%
		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%	1,05%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

3. Standar Pelayanan Minimal Juni

Dari total 91 indikator capaian SPM Rumah Sakit terdapat 10 indikator (11%) yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang belum memenuhi target SPM di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai di Bulan Juni 2024 sementara itu 80 indikator telah memenuhi tercapai (89%).

Tabel 18. Capaian Indikator SPM Juni

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN
1.	Gawat Darurat	1.	Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	100%	100%
		2.	Jam buka Pelayanan Gawat darurat	24jam	24jam
		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)	4,7
		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	$\leq 1,5 \%$	0%
		6.	Kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq 1,5 \%$	0%
		7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%
		8.	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24 \%$	0%
		9.	Kejadian Pulang Paksa	$\leq 5 \%$	1,9%
		10.	Rawat Inap TB		
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	$\geq 60 \%$	80%
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	$\geq 60 \%$	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	$\leq 1 \%$	-
		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	$\leq 6 \%$	-
5.	Persalinan dan Perinatologi dan KB	1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan $\leq 1\%$, Pre eklampsia $\leq 30 \%$, Sepsis $\leq 0,2 \%$	-
		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 %	20%
		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%	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%	99,2%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	11,5%
		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 6,40 COD 26,7 TSS 2,59 pH 6,10
		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 %	42,5%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	33,01%
		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

			pelayanan 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%	88,2%
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / unit	60%	75%
		3.	Angka Kejadian Luka Dekubitus	≤ 2%	0%
		4.	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 2%	0,86%
		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 kenaikan dari Triwulan I
 - b. Mutu Pelayanan
Indikator NDR dan GDR pada Triwulan II ini berada pada 1,73 dan 2,59
2. Standar Pelayanan Minimal
Jumlah indikator pada standar pelayanan minimal sebanyak 91 dan pada triwulan II Dimana pada bulan April terdapat 12 indikator lalu pada bulan Mei terjadi kenaikan menjadi 12 indikator dan pada bulan Juni terjadi kenaikan menjadi 11 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 Juli 2024
Direktur



dr. Tony Ruslim
NIP. 197909182008021001