

LAPORAN DAN MONITORING TRIWULAN III

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 III tahun 2024	2
Tabel 2. Target dan Realisasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Menurut Jenis Poliklinik Pada Triwulan III Tahun 2024	2
Tabel 3. Pelayanan Rawat Inap pada Triwulan III 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 Juli	4
Tabel 6.2 Kegiatan Instalasi Farmasi Agustus	5
Tabel 6.3 Kegiatan Instalasi Farmasi September	5
Tabel 7. Kegiatan Instalasi Bedah Sentral.....	5
Tabel 8. Kegiatan Instalasi Patologi Klinik	6
Tabel 9. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan Juli	6
Tabel 10. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan Agustus	7
Tabel 11. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan September	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 Juli	9
Tabel 17. Capaian Indikator SPM Agustus.....	15
Tabel 18. Capaian Indikator SPM September.....	21

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laporan dan evaluasi kinerja triwulan III 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 III jumlah kunjungan Rawat Jalan sebanyak 1.249 Pasien dan Rawat Inap sebanyak 394 Pasien. Pada triwulan III ini terjadi kenaikan jumlah pasien baik rawat jalan maupun rawat inap dari triwulan II.

Tabel. 1 Indikator Pelayanan pada Triwulan III tahun 2024

No	Indikator	Jumlah
1	Jumlah Pasien Rawat Jalan	1.249
2	Jumlah Pasien Rawat Inap	394
3	Jumlah Hari Rawatan	1099
4	Jumlah Pasien IGD	712
5	Jumlah Tindakan Operasi	29
6	BOR	23,89 %
7	AVLOS	2,78 Hari
8	TOI	Hari
9	BTO	8,88 Kali
10	NDR	1,26
11	GDR	2,78

2. Pelayanan Rawat Jalan

Jumlah kunjungan rawat jalan pada Bulan Juli 394 Pasien dengan rata-rata kunjungan 15 Pasien/ Hari layanan. Jumlah kunjungan pada Bulan Agustus 407 Pasien dengan rata-rata kunjungan 16 Pasien/ Hari layanan. Sementara kunjungan pada Bulan September 448 Pasien dengan rata-rata Kunjungan 17 Pasien/ Hari Layanan. Pada triwulan III ini mengalami kenaikan jumlah kunjungan dari Triwulan sebelumnya.

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

Poliklinik	Bulan			Jumlah
	Juli	Agustus	September	
Anak	38	40	44	122
Bedah	25	15	34	74
Gigi	11	9	10	30
Obgyn	58	20	30	108
P. Dalam	197	161	173	531
Rehab. M	21	33	65	119
Umum	44	129	92	265
Total	394	407	448	1.249

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 Juli 135 Pasien, Bulan Agustus 114 Pasien, Bulan September 145 Pasien dengan Total pasien pada triwulan III sebanyak 394 Pasien lebih banyak dari pada Triwulan II yang hanya 347 Pasien.

Tabel 3. Pelayanan Rawat Inap pada Triwulan III Tahun 2024

Uraian	Bulan		
	Juli	Agustus	September
Hari Perawatan	342	340	417
Lama Dirawat	467	465	512
Pasien Hidup	128	111	142
Keluar Hidup + Mati	135	114	145
Mati < 48 Jam	4	2	2
Mati > 48 Jam	3	1	1
Tempat Tidur	50	50	50

BOR rawat inap pada bulan Juli 22,06 % sedangkan bulan Agustus 21,93% dan pada bulan September sebesar 26,9 %. Dimana BOR bulan Agustus menjadi terendah dan September BOR tertinggi.

AVLOS bulan Juli 3,45 Hari sedangkan bulan Agustus sebesar 4,07 Hari dan pada bulan September sebesar 3,53 Hari dari data AVLOS pada bulan Juli menjadi yang terendah sementara bulan Agustus Menjadi yang paling tinggi.

TOI pada bulan Juli sebesar 8,9 Hari sedangkan pada Agustus sebesar 10,6 Hari dan pada bulan September 7,4 Hari . Dari data TOI bulanan ini didapatkan bahwa TOI tertinggi di bulan Agustus dan TOI terendah pada Bulan September.

BTO pada bulan Juli adalah 2,7 Kali sedangkan pada bulan Agustus 2,2 Kali sedangkan pada bulan September sebesar 2,9 Kali dari data BTO ini dapat disimpulkan bahwa bulan September menjadi yang tertinggi sementara bulan Agustus nilai BTO terendah.

NDR pada bulan Juli 2,22 sementara pada bulan Agustus 0,87 dan pada bulan September 0,68.

GDR pada bulan Juli 5,18 dan pada bulan Agustuis 2,63 dan bulan September 2,06

4. Instalasi Gawat Darurat

Jumlah Kunjungan di IGD RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan Juli 239 pasien sementara pada bulan Agustus sebanyak 220 Pasien dimana terjadi Penurunan jumlah pasien sedangkan pada bulan September sebanyak 253 Pasien terjadi Kenaikan dari bulan Agustus ke bulan September.

Tabel 4. Rincian Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Uraian Layanan	Bulan		
	Juli	Agustus	September
Anak	40	41	45
Bedah	32	27	25
Kebidanan	35	24	36
P. Dalam (Non Bedah)	132	128	147
Jumlah	239	220	253

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 III tidak ada
- b. Death On Table (DOT) yaitu pasien yang meninggal di IGD setelah di layani sebanyak 1 Orang pada triwulan III

5. Instalasi Radiologi

Jumlah pemeriksaan di instalasi radiologi pada bulan Juli 143 pemeriksaan, pada bulan Agustus 116 pemeriksaan sementara pada bulan September sebanyak 11 Pemeriksaan dimana dari data tersebut bulan Juli menjadi yang tertinggi dan bulan September yang terendah. Selain itu penurunan dibulan September dikarenakan oleh kerusakan alat di radiologi.

Tabel 5. Kegiatan Pemeriksaan Radiologi

Uraian Layanan	Bulan		
	Juli	Agustus	September
Foto Tanpa Bahan Kontras	138	102	0
USG Kebidanan	0	11	6
USG	5	3	5
Total	143	116	11

6. Instalasi Farmasi

Jumlah lembar resep yang diterima pada bulan Juli 1375 resep dan pada bulan Agustus total jumlah resep yang diterima sebanyak 1264 sementara pada bulan September total Jumlah resep yang terima sebanyak 1278 lembar.

Tabel 6. Jumlah Resep Sesuai Formularium

Bulan	Resep Sesuai Formularium	Total Resep	Persentase %
Juli	1360	1375	98,9
Agustus	1238	1264	97,9
September	1265	1278	98,9

Tabel 6.1 Kegiatan Instalasi Farmasi Juli

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	755	188	396	1339	15	1,1%	1360	98,9%
2	ONGF	11	2	8	21				
3	OGNGNF	2	6	7	15				
TOTAL		768	196	411	1375				

Tabel 6.2 Kegiatan Instalasi Farmasi Agustus

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	635	188	396	1219	26	2,1%	1238	97,9%
2	ONGF	9	2	8	19				
3	OGNGNF	1	8	17	26				
TOTAL		645	198	421	1264				

Tabel 6.3 Kegiatan Instalasi Farmasi September

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	654	193	402	1249	13	1%	1265	99%
2	ONGF	6	2	8	16				
3	OGNGNF	0	4	9	13				
TOTAL		660	199	419	1278				

7. Instalasi Bedah Sentral

Kegiatan pada instalasi bedah sentral RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai terdiri pada Operasi Besar, Sedang, dan Kecil. Pada Bulan Juli terdapat 12 kegiatan Operasi sedangkan pada bulan Agustus ada 3 kegiatan Operasi dan bulan September 14 kegiatan Operasi. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa tindakan operasi terbanyak terjadi di bulan September sedangkan tindakan terkecil terjadi di bulan Agustus. Sementara itu terjadi Kenaikan jumlah tindakan dari triwulan II ke Triwulan III

Tabel 7. Kegiatan Instalasi Bedah Sentral

Bulan	OPERASI			Total
	Besar	Sedang	Kecil	
Juli	11	1	0	12
Agustus	3	0	0	3
September	12	2	0	14

8. Instalasi Gizi

Persentase sisa makan pada Bulan Juli sebesar 6 % dan pada bulan Agustus sisa makanan sebesar 4,3 % bila di bandingkan

bulan Juli sisa makan terjadi peningkatan di bulan Agustus, sementara pada bulan September sisa makan sebesar 8 %. Sisa makan tertinggi pada Bulan Spetember dan terendah pada Bulan Agustus.

9. Instalasi Patologi Klinik (Laboratorium)

Kegiatan Instalasi Patologi Klinik Laboratorium RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan Juli sebanyak 2.426 Pemeriksaan sedangkan pada bulan Agustus terdapat 2.132 Pemeriksaan dan pada bulan September ada 2.723 Pemeriksaan dengan kata lain pemeriksaan yang paling banyak terjadi pada bulan September sedangkan pada Agustus pemeriksaan paling rendah.

Tabel 8. Kegiatan Instalasi Patologi Klinik

No.	Jenis Pemeriksaan	Juli	Agustus	September
1	Kimia Klinik	555	363	492
2	Gula Darah	222	148	251
3	Hematologi	1047	1035	1379
4	Serologi	116	60	93
5	Bakteriologi	35	27	19
6	Elektrolit	1	12	27
7	Urine	306	282	293
8	Parasitologi	7	5	3
9	Tes Kehamilan	3	1	10
10	Anti HIV	52	27	42
11	SARS Cov-2-Ag	0	0	0
12	Troponin-I	12	12	6
13	TSH	11	13	6
14	FT4	11	13	6
15	NAPZA/Lain-Lain	48	134	96
TOTAL		2426	2132	2723

10. Pelayanan Kebidanan Rawat Inap

Total Persalinan pada bulan Juli sebanyak 23 orang rincian persalinan pervaginam sebanyak 16 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 7 orang. Sedangkan pada bulan Agustus sebanyak 17 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 14 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 3 orang sementara itu pada bulan September sebanyak 19 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 11 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 8 orang. Total persalinan di Triwulan III sebanyak 59 tindakan yang mana terjadi kenaikan dari pada Triwulan II.

Tabel 9. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Juli

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	14	0	14	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:	12	0	12	0
3.1	Perdarahan sblm persalinan	1	0	1	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	1	0	1	0
3.8	Lain-Lain	9	0	9	0
4	Sectio Caesaria	7	0	7	0
5	Abortus	1	0	1	0
5.1	Abortus iminens	0	0	0	0
5.2	Abortus inkomplit	1	0	1	0
5.3	Abortus komplit	0	0	0	0
5.4	Abortus insipiens	0	0	0	0

Tabel 10. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Agustus

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	10	0	10	0
2	Persalinan dengan bantuan	4	0	4	0
2.1	Vakum	3	0	3	0
2.2	Forceps	0	0	0	0
2.3	Ekstraksi bokong	1	0	1	0
3	Hamil/Bersalin/Nifas dg komplikasi dan kasus ginekologi:	7	0	7	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	Eklampsi	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	3	0	3	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
5.4	Abortus insipiens	0	0	0	0

Tabel 11. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan September

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:	13	0	13	0
3.1	Perdarahan sblm persalinan	0	0	0	0
3.2	Perdarahan ssdh persalinan	0	0	0	0
3.3	Preeklampsi	0	0	0	0
3.4	Eklampsi	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	13	0	13	0
4	Sectio Caesaria	8	0	8	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	1	0	1	0
5.4	Abortus insipiens	0	0	0	0

Tabel 12. Tabel Kegiatan KB

Uraian	Bulan		
	Juli	Agustus	September
IUD Paska Salin	1	0	1
Implan	0	0	0
MOW	2	1	1
Suntik	0	0	0

Pil	0	0	0
Jumlah	3	1	2

11. Pelayanan Perinatologi

Bayi yang ditangani pada bulan Juli 3 orang sedang pada bulan Agustus 4 orang dan pada bulan September sebanyak 5 orang

Tabel 13. Rekap Bayi BBLR

BULAN	BAYI BBLR YANG DITANGANI			TOTAL
	SEHAT	MENINGGAL	DIRUJUK	
JULI	3	0	0	3
AGUSTUS	4	0	0	4
SEPTEMBER	5	0	0	5

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			
JULI	1	0	1	1	3	0	23
AGUSTUS	0	0	0	0	0	0	18
SEPTEMBER	0	0	0	0	0	0	21

12. Rehabilitas Medik

Jumlah Pasien Pada Bulan Juli sebanyak 53 pasien sementara pada bulan Agustus sebanyak 74 pasien yang dimana terjadi peningkatan jumlah pasien dari bulan yang sebelumnya, pada bulan September ada 70 pasien yang dimana terjadi penurunan dari bulan sebelumnya.

Tabel 15. DO Rehabilitas Medik

Bulan	Jlh Pasien	Pasien Program	Drop Out	Persentasi
Juli	53	3	2	66,67 %
Agustus	74	6	1	16,67%
September	70	18	2	11,11%

B. Standar Pelayanan Minimal

1. Standar Pelayanan Minimal Juli

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 Juli

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)	4,2
		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	$\leq 0,24 \%$	2,2%
		9.	Kejadian Pulang Paksa	$\leq 5 \%$	5,2%
		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	$\leq 6 \%$	-

			penempatan anestesi Endotracheal Tube		
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	\leq 20 %	30,4%
		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	\leq 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	\leq 3 jam	45 menit
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Radiologi	-
		3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan Foto \leq 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%	66,7%
		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%	98,9%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	10,4%
		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, TSS < 30mg/l, pH 6-9	BOD 8,67 COD 17,3 TSS 3,57 pH 6,33
		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 %	39,8%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	25,8%
		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%	88,2%
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / unit	60%	75%
		3.	Angka Kejadian Luka Dekubitus	≤ 2%	0%
		4.	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 2%	1,13%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

2. Standar Pelayanan Minimal Agustus

Pada bulan Agustus dari 91 Indikator terdapat 8 (8,8%) indikator yang belum memenuhi target yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah hanaya 83

indikator yang memenuhi target (91,2%) terjadi penurunan dari bulan sebelumnya.

Tabel 17. Capaian Indikator SPM Agustus

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.	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 %	0,87%
		9. Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	0,87%
		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 %	17,6%
		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%	16,7%
		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%	97,9%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	4,3%
		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	100 % terlayani	100%

			datang ke RS pada setiap unit pelayanan		
		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 8,67 COD 17,3 TSS 3,57 pH 6,33
		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 %	41,6%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	24,2%
		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) 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%	88,2%
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / unit	60%	75%
		3.	Angka Kejadian Luka Dekubitus	≤ 2%	0%
		4.	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 2%	0,93%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

3. Standar Pelayanan Minimal September

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 September 2024 sementara itu 80 indikator telah memenuhi tercapai (89%).

Tabel 18. Capaian Indikator SPM September

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.	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 %	0,69%
		9. Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	4,14%
		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 %	42,1%
		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 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%	11,1%
		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%	98,9%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	8%
		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	100 % terlayani	100%

			datang ke RS pada setiap unit pelayanan		
		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 4,67 COD 26,5 TSS 20,0 pH 6,56
		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 %	42,04%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	22,8%
		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%	88,2%
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / unit	60%	75%
		3.	Angka Kejadian Luka Dekubitus	≤ 2%	0%
		4.	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 2%	1,12%
		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 II
 - b. Mutu Pelayanan
Indikator NDR dan GDR pada Triwulan III ini berada pada 1,73 dan 2,59
 - c. Kerusakan Alat Radiologi menyebabkan penurunan jumlah layanan di bagian radiologi.
2. Standar Pelayanan Minimal
Jumlah indikator pada standar pelayanan minimal sebanyak 91 dan pada triwulan III Dimana pada bulan Juli terdapat 12 indikator lalu pada bulan Agustus terjadi kenaikan menjadi 8 indikator dan pada bulan September terjadi kenaikan menjadi 10 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
4. Perbaikan/pembelian Alat Radiologi.

Tuapejat, 2 Oktober 2024
Direktur



Dr. Tony Ruslim
NIP. 197909182008021001