

# LAPORAN DAN MONITORING TRIWULAN IV

**RSUD**



**20  
24**



[www.rsudkabmentawai.com](http://www.rsudkabmentawai.com)

## DAFTAR ISI

<b>Daftar Isi</b> .....	<b>i</b>
<b>Daftar Tabel</b> .....	<b>ii</b>
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

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

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Laporan dan evaluasi kinerja triwulan IV 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 IV jumlah kunjungan Rawat Jalan sebanyak 1.016 Pasien dan Rawat Inap sebanyak 455 Pasien. Pada triwulan IV ini terjadi Penurunan jumlah pasien dari triwulan III.

**Tabel. 1 Indikator Pelayanan pada Triwulan II tahun 2024**

No	Indikator	Jumlah
1	Jumlah Pasien Rawat Jalan	1.016
2	Jumlah Pasien Rawat Inap	455
3	Jumlah Hari Rawatan	1100
4	Jumlah Pasien IGD	800
5	Jumlah Tindakan Operasi	39
6	BOR	23,91 %
7	AVLOS	2,47 Hari
8	TOI	7,69 Hari
9	BTO	9,1 Kali
10	NDR	0,43
11	GDR	1,74

2. Pelayanan Rawat Jalan

Jumlah kunjungan rawat jalan pada Bulan Oktober 421 Pasien dengan rata-rata kunjungan 16 Pasien/ Hari layanan. Jumlah kunjungan pada Bulan November 319 Pasien dengan rata-rata kunjungan 12 Pasien/ Hari layanan. Sementara kunjungan pada Bulan Desember 266 Pasien dengan rata-rata Kunjungan 10 Pasien/ Hari Layanan. Pada triwulan IV ini mengalami penurunan jumlah kunjungan dari Triwulan sebelumnya.

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

Poliklinik	Bulan			Jumlah
	Oktober	November	Desember	
Anak	32	36	7	75
Bedah	66	45	37	148
Gigi	8	5	3	16
Obgyn	33	28	19	80
P. Dalam	202	144	147	493
Rehab. M	53	41	24	118
Umum	37	30	29	86
Total	431	319	266	1.016

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 Oktober 189 Pasien,

Bulan November 159 Pasien, Bulan Desember 107 Pasien dengan Total pasien pada triwulan IV sebanyak 455 Pasien lebih banyak dari pada Triwulan III yang hanya 394 Pasien.

**Tabel 3. Pelayanan Rawat Inap pada Triwulan IV Tahun 2024**

Uraian	Bulan		
	Oktober	November	Desember
Hari Perawatan	475	403	222
Lama Dirawat	627	555	307
Pasien Hidup	187	157	103
Keluar Hidup + Mati	189	159	107
Mati < 48 Jam	2	2	2
Mati > 48 Jam	0	0	2
Tempat Tidur	50	50	50

BOR rawat inap pada bulan Oktober 30,64 % sedangkan bulan November 26,86 % dan pada bulan Desember sebesar 14,32 %. Dimana BOR bulan Desember menjadi terendah dan Oktober BOR tertinggi.

AVLOS bulan Oktober 3,31 Hari sedangkan bulan November sebesar 3,49 Hari dan pada bulan Desember sebesar 2,86 Hari dari data AVLOS pada bulan Desember menjadi yang terendah sementara bulan November Menjadi yang paling tinggi.

TOI pada bulan Oktober sebesar 5,68 Hari sedangkan pada November sebesar 7,21 Hari dan pada bulan Desember 12,41 Hari Dari data TOI bulanan ini didapatkan bahwa TOI tertinggi di bulan Desember dan TOI terendah pada Bulan Oktober.

BTO pada bulan Oktober adalah 3,78 Kali sedangkan pada bulan November 3,18 Kali sedangkan pada bulan Desember sebesar 214 Kali dari data BTO ini dapat disimpulkan bahwa bulan Desember menjadi yang tertendah sementara bulan Oktober nilai BTO tertinggi.

NDR pada bulan Oktober dan November 0 sedangkan pada bulan Desember 1,8

GDR pada bulan Oktober 1,05 sedangkan pada bulan November 1,25 dan Desember 3,73

4. Instalasi Gawat Darurat

Jumlah Kunjungan di IGD RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan Oktober 314 pasien sementara pada bulan November sebanyak 276 Pasien dimana terjadi Penurunan jumlah pasien sedangkan pada bulan Desember sebanyak 210 Pasien terjadi Kenaikan dari bulan November ke bulan Desember.

**Tabel 4. Rincian Pelayanan Instalasi Gawat Darurat**

Uraian Layanan	Bulan		
	Oktober	November	Desember
Anak	45	49	24
Bedah	29	23	32
Kebidanan	38	33	18
P. Dalam (Non Bedah)	202	171	136
Jumlah	314	276	210

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 IV 1 Orang
- b. Death On Table (DOT) yaitu pasien yang meninggal di IGD setelah di layani sebanyak 3 Orang pada triwulan IV

5. Instalasi Radiologi

Jumlah pemeriksaan di instalasi radiologi pada bulan Oktober 38 pemeriksaan, pada bulan November 28 pemeriksaan sementara pada bulan Desember sebanyak 14 Pemeriksaan dimana dari data tersebut bulan Oktober menjadi yang tertinggi dan bulan Desember yang terendah. Selain itu penurunan pasien/tindakan ini dikarenakan oleh kerusakan alat di radiologi.

**Tabel 5. Kegiatan Pemeriksaan Radiologi**

Uraian Layanan	Bulan		
	Oktober	November	Desember
Foto Tanpa Bahan Kontras	0	0	0
USG Kebidanan	27	20	8
USG	11	8	6
Total	38	28	14

6. Instalasi Farmasi

Jumlah lembar resep yang diterima pada bulan Oktober 1278 resep dan pada bulan November total jumlah resep yang diterima sebanyak 1543 sementara pada bulan Desember total Jumlah resep yang terima sebanyak 720 lembar.

**Tabel 6. Jumlah Resep Sesuai Formularium**

Bulan	Resep Sesuai Formularium	Total Resep	Persentase %
Oktober	1448	1278	98,4
November	1521	1543	98,6
Desember	700	720	97,2

**Tabel 6.1 Kegiatan Instalasi Farmasi Oktober**

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	757	209	466	1432	24	1,6%	1448	98,4%
2	ONGF	5	2	9	16				
3	OGNGNF	10	6	8	24				
<b>TOTAL</b>		<b>772</b>	<b>217</b>	<b>483</b>	<b>1472</b>				

**Tabel 6.2 Kegiatan Instalasi Farmasi November**

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	741	234	531	1506	22	1,4%	1521	98,6%
2	ONGF	4	2	9	15				
3	OGNGNF	8	6	8	22				
<b>TOTAL</b>		<b>753</b>	<b>242</b>	<b>548</b>	<b>1543</b>				

**Tabel 6.3 Kegiatan Instalasi Farmasi Desember**

No.	Gol. Obat	R.Jalan	IGD	R. Inap	Total	R/ tak terlayani		R/ Terlayani	
						R/	%	R/	%
1	OGF	382	161	145	688	20	2,8%	700	97,2%
2	ONGF	6	2	4	12				
3	OGNGNF	8	6	6	20				
<b>TOTAL</b>		<b>396</b>	<b>169</b>	<b>155</b>	<b>720</b>				

#### 7. Instalasi Bedah Sentral

Kegiatan pada instalasi bedah sentral RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai terdiri pada Operasi Besar, Sedang, dan Kecil. Pada Bulan Oktober terdapat 15 kegiatan Operasi sedangkan pada bulan November ada 15 kegiatan Operasi dan bulan Desember 9 kegiatan Operasi. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa tindakan operasi tindakan terkecil terjadi di bulan Desember. Sementara itu terjadi Kenaikan jumlah tindakan dari triwulan III ke Triwulan IV

**Tabel 7. Kegiatan Instalasi Bedah Sentral**

Bulan	OPERASI			Total
	Besar	Sedang	Kecil	
Oktober	10	5	0	15
November	7	8	0	15
Desember	4	5	0	9

#### 8. Instalasi Gizi

Persentase sisa makan pada Bulan Oktober sebesar 8,3 % dan pada bulan November sisa makanan sebesar 5,1 % bila di



bandingkan bulan Oktober sisa makan terjadi penurunan di bulan November, sementara pada bulan Desember sisa makan sebesar 14 %. Sisa makan tertinggi pada Bulan Desember dan terendah pada Bulan November

9. Instalasi Patologi Klinik (Laboratorium)

Kegiatan Instalasi Patologi Klinik Laboratorium RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai pada bulan Oktober sebanyak 2.464 Pemeriksaan sedangkan pada bulan November terdapat 3.055 Pemeriksaan dan pada bulan Desember ada 2.060 Pemeriksaan dengan kata lain pemeriksaan yang paling banyak terjadi pada bulan November sedangkan pada Desember pemeriksaan paling rendah.

**Tabel 8. Kegiatan Instalasi Patologi Klinik**

No.	Jenis Pemeriksaan	Oktober	November	Desember
1	Kimia Klinik	505	431	414
2	Gula Darah	214	190	181
3	Hematologi	2110	1649	988
4	Serologi	93	285	75
5	Bakteriologi	16	13	3
6	Elektrolit	15	27	29
7	Urine	340	311	280
8	Parasitologi	2	3	1
9	Tes Kehamilan	13	5	1
10	Anti HIV	37	53	34
11	SARS Cov-2-Ag	0	0	0
12	Troponin-I	7	17	16
13	TSH	10	5	7
14	FT4	10	5	7
15	NAPZA/Lain-Lain	92	61	24
<b>TOTAL</b>		<b>3464</b>	<b>3055</b>	<b>2060</b>

10. Pelayanan Kebidanan Rawat Inap

Total Persalinan pada bulan Oktober sebanyak 23 orang rincian persalinan pervaginam sebanyak 20 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 3 orang. Sedangkan pada bulan November sebanyak 31 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 26 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 5 orang sementara itu pada bulan Desember sebanyak 13 orang dengan rincian persalinan pervaginam sebanyak 11 orang dan persalinan perabdominal (SC) sebanyak 2 orang. Total persalinan di Triwulan IV sebanyak 67 tindakan yang mana terjadi kenaikan dari pada Triwulan III.

**Tabel 9. Kinerja Layanan Kebidan Bulan Oktober**

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	16	0	16	0
2	Persalinan dengan bantuan	4	0	4	0
2.1	Vakum	4	0	4	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:	10	0	10	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	3	0	3	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	1	0	1	0
5.2	Abortus inkomplit	3	0	3	0
5.3	Abortus komplit	0	0	0	0
5.4	Abortus insipiens	0	0	0	0

**Tabel 10. Kinerja Layanan Kebidan Bulan November**

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	21	0	21	0
2	Persalinan dengan bantuan	5	0	5	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:	10	0	10	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	10	0	10	0
4	Sectio Caesaria	5	0	5	0
5	Abortus	6	0	6	0
5.1	Abortus iminens	2	0	2	0
5.2	Abortus inkomplit	3	0	3	0
5.3	Abortus komplit	1	0	1	0
5.4	Abortus insipiens	0	0	0	0

**Tabel 11. Kinerja Layanan Kebidanan Bulan Desember**

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Jumlah Total	Dirujuk
1	Persalinan Spontan	11	0	11	0
2	Persalinan dengan bantuan	0	0	0	0
2.1	Vakum	0	0	0	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:	0	0	0	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	0	0	0	0
4	Sectio Caesaria	2	0	2	0
5	Abortus	6	0	6	0
5.1	Abortus iminens	1	0	1	0
5.2	Abortus inkomplit	4	0	4	0
5.3	Abortus komplit	1	0	1	0
5.4	Abortus insipiens	0	0	0	0

**Tabel 12. Tabel Kegiatan KB**

Uraian	Bulan		
	Oktober	November	Desember
IUD Paska Salin	0	0	1
Implan	0	0	0

MOW	0	2	2
Suntik	0	1	0
Pil	0	0	0
Jumlah	0	3	

#### 11. Pelayanan Perinatologi

Bayi yang ditangani pada bulan Oktober 3 orang sedang pada bulan November 3 orang dan pada bulan Desember sebanyak 3 orang

**Tabel 13. Rekap Bayi BBLR**

BULAN	BAYI BBLR YANG DITANGANI			TOTAL
	SEHAT	MENINGGAL	DIRUJUK	
OKTOBER	3	0	0	3
NOVEMBER	3	0	0	3
DESEMBER	3	0	0	3

**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			
OKTOBER	0	0	0	0	0	0	24
NOVEMBER	1	0	1	1	3	0	26
DESEMBER	0	0	0	0	0	0	17

#### 12. Rehabilitas Medik

Jumlah Pasien Pada Bulan Oktober sebanyak 51 pasien sementara pada bulan November sebanyak 50 pasien yang dimana terjadi penurunan jumlah pasien dari bulan yang sebelumnya, pada bulan Desember ada 28 pasien yang dimana terjadi penurunan dari bulan sebelumnya.

**Tabel 15. DO Rehabilitas Medik**

Bulan	Jlh Pasien	Pasien Program	Drop Out	Persentasi
Oktober	51	15	2	13,33 %
November	50	10	0	-
Desember	28	11	3	27,27%

### B. Standar Pelayanan Minimal

#### 1. Standar Pelayanan Minimal Oktober

Terdapat 91 indikator capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah terdapat, 8 indikator (8,8%) yang tersebar dari 21 jenis pelayanan yang belum memenuhi target. 83 indikator (91,2%) telah memenuhi target.

**Tabel 16. Capaian Indikator SPM Oktober**

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)	3,2
		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	$\leq 0,24 \%$	-
		9.	Kejadian Pulang Paksa	$\leq 5 \%$	2,64%
		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	$\leq 2$ 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 %	13%
		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%	13,3%
		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 %	8,3%
		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 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 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 %	49,55%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	29,7
		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%	0,89%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

## 2. Standar Pelayanan Minimal November

Pada bulan November 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 November**

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)	7,25
		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 %	0,63%
		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 %	16,1%
		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%	-
		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 %	5,1%
		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 1,11 COD <9,91 TSS 7,91 pH 7,02
		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 %	44,41%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	25,64%
		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%	0,58%
		5.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	75%	100%

### 3. Standar Pelayanan Minimal Desember

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 Desember 2024 sementara itu 81 indikator telah memenuhi tercapai (89%).

**Tabel 18. Capaian Indikator SPM Desember**

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)	4,76
		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 %	1,87
		9.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	1,87%
		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 %	21,4%
		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 $\leq 2\%$	0%
		4.	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu Tunggu hasil pelayanan Laboratorium	$\leq 120$ 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	$\leq 50\%$	27,3%
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%
10.	Farmasi	1.	Waktu Tunggu Pelayanan		
			a. Obat Jadi	$\leq 30$ menit	15 menit
			b. Racikan	$\leq 60$ menit	30 menit
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%
		3.	Penulisan resep sesuai formularium	100%	97,2%
11.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90\%$	100%
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20\%$	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 1,11 COD <9,91 TSS 7,91 pH 7,02
		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 %	43,81%
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	20,89%
		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%	0,71%
		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 dari Triwulan III
  - b. Mutu Pelayanan  
Indikator NDR dan GDR pada Triwulan IV ini berada pada 0,43 dan 1,74
  - c. Kerusakan Alat Radiologi menyebabkan kan penurunan jumlah layanan di bagian radiologi.
2. Standar Pelayanan Minimal  
Jumlah indikator pada standar pelayanan minimal sebanyak 91 dan pada triwulan IV Dimana pada bulan Oktober terdapat 8 indikator lalu pada bulan November terjadi kenaikan menjadi 8 indikator dan pada bulan Desember 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.

Puapejat, 3 Januari 2025  
Direktur



**dr. Tony Ruslim**  
NIP. 197909182008021001