

# UPTD RSUD-TN



## SPM TRIWULAN IV 2022



**RSUD TANI DAN NELAYAN  
KABUPATEN BOALEMO**  
Jln. Prof. Aloe Saboe, Kec. Tilamuta

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit dituntut memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat

Penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam. Berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Sesuai peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan : Standar pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal pada Ayat 7. Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

Pada tahun 2017, Pemerintah Daerah berdasarkan usulan dari RSUD TN, telah mengeluarkan Surat Keputusan Bupati Boalemo nomor 42 tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal RSTN. SPM ini merupakan salah satu upaya untuk

menggambarkan pelayanan minimal yang harus dilakukan oleh RSUDTN dalam melakukan pelayanan. Dengan adanya Standar Pelayanan Minimal, maka dapat diketahui kegiatan yang hendak dilakukan, indikator kinerja dan standar yang harus dicapai.

Standar Pelayanan Minimal akan memudahkan rumah sakit untuk menilai kinerjanya sendiri. Hal ini juga akan sangat membantu dalam penyusunan Rencana Strategi Bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran.

## **B. MASALAH**

- Bagaimana mutu unit pelayanan di RSUDTN dibandingkan dengan capaian Standar Pelayanan Minimal RSUDTN pada tahun 2021 Triwulan IV, dengan Standart Pelayanan Minimal Kemenkes.
- Bagaimana tingkat kepuasan masyarakat terhadap unit pelayanan di RSUDTN.

## **C. TUJUAN**

### **a. TujuanUmum**

Mengevaluasi mutu pelayanan PPK BLUD RSUDTN Kab.Boalemo sebagai dasar pertimbangan penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Tahun 2021.

### **b. Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui mutu unit pelayanan di RSUDTN.
2. Membandingkan mutu unit pelayanan dengan indikator.
3. Mengetahui nilai kepuasan pelanggan pada sembilan unit pelayanan dibandingkan dengan capaian Standar Pelayanan Minimal Kemenkes.

## **D. KEASLIAN PENELITIAN**

Sejak tahun 2011 RSUDTN sudah 7 (Tujuh) kali melaksanakan evaluasi Standar Pelayanan Minimal . Adapun karya terkait adalah :

1. Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal RSUDTN Tahun 2022
2. Laporan Survey Kepuasan Masyarakat Triwulan Empat Tahun 2022

## BAB II METODOLOGI PENELITIAN

### A. SUMBER DATA

1. Data primer, termasuk kuesioner Survey Kepuasan Masyarakat
2. Data sekunder

### B. LINGKUP PENELITIAN

Penelitian meliputi 21 unit pelayanan yang telah disyaratkan dalam Standar Pelayanan Minimal Kemenkes dan terdiri dari 105 item pelayanan sebagai berikut:

**Tabel 2.1.**  
**Unit Pelayanan Yang Diteliti Dalam Evaluasi SPM**

No	Unit Pelayanan	Item Pelayanan
1	Gawat Darurat	8
2	Rawat Jalan	6
3	Rawat Inap	11
4	Bedah Sentral	8
5	Persalinan	10
6	Intensif	3
7	Radiologi	4
8	Laboratorium	9
9	Rehab.Medik	3
10	Farmasi	6
11	Gizi	6
12	Tranfusi Darah	2
13	Pelayanan GAKIN	1
14	Rekam Medik	3
15	Pengelolaan Limbah	5
16	Adminstrasi dan Manajemen	9
17	Ambulance/K.Jenazah	3
18	Pemulasaran Jenazah	1
19	IPSRS	3
20	Linen	2
21	PPI	3

**C. METODE PENGAMBILAN DATA**

1. Retrospektif
  - Data Periode Oktober s/d Desember 2022
1. Prospektif
  - Data periode Desember 2022

**D. WAKTU PENELITIAN**

Tanggal 29 Oktober 2021 Pertemuan SPM dalam menentukan Metode Pengambilan data.

Tanggal 1 Oktober – 31 Desember 2021 Pengambilan data

Tanggal 1 Januari s/d 31 Januari 2021 Pengolahan data.

**E. PENGOLAHAN DATA**

- Data diolah dengan menggunakan tools pada permenkes nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Data Kuisoner Indeks Kepuasan Masyarakat diolah dengan menggunakan tools pada SK Menpan No. 25 KEP/2/M/PAN/2004.

**BAB III**  
**HASIL PENELITIAN**

**1. GAWAT DARURAT**

<b>1.</b>	<b>Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa</b>		
	Standar		<b>100 %</b>
	Numerator	Jumlah pasien yang mendapat penanganan live saving	940 Pasien
	Denominator	Jumlah seluruh pasien	940 Pasien
	Capaian	Kemampuan menangani life saving	<b>100 %</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan UGD	
<b>2.</b>	<b>Jam buka pelayanan gawat darurat</b>		
	Standar		<b>24 Jam</b>
	Numerator	Jumlah Kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan	744 Jam
	Denominator	Jumlah hari dalam bulan	31 Hari
	Capaian	Jam buka pelayanan IGD	<b>24 Jam</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan UGD	
<b>3.</b>	<b>Pemberi pelayanan kegawat-daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GEL/GEL/ALS</b>		
	Standar		<b>100 %</b>
	Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	10 Jam
	Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan	22 Orang
	Capaian	Pemberi pelayanan yang bersertifikat	<b>45,5 %</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan UGD	
<b>4.</b>	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>		
	Standar		Satu Tim
	Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di RS	Satu Tim
	Denominator	Tidak ada	-
	Capaian	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	<b>Satu Tim</b>
	Penanggung Jawab	Kepala Ruangan UGD/Tim Mutu/Panitia Mutu	

	Pengumpulan Data		
5.	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>		
	Standar		≤ 5 menit Menit terlayani setelah pasien datang
	Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua Pasien yg disampling secara acak sampai dilayani dokter	450 Menit
	Denominator	Jumlah Pasien yang disampling minimal n=50	150 Pasien
	Capaian	Waktu tanggap pelayanan dokter di UGD	3 Menit
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan UGD/Tim Mutu/Panitia Mutu	
6.	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>		
	Standar		> dari % 70
	Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survey	81,43 %
	Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (Minimal n=50)	50 Pasien
	Capaian	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>	81,43 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan UGD/Tim Mutu/Panitia Mutu	
7.	<b>Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat</b>		
	Standar		≤ 2/ 1000
	Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang	8 Pasien
	Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat	940 Pasien
	Capaian	Kematian pasien ≤ 24 jam	0,85/ 1000
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan UGD	
8.	<b>Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka</b>		

Standar		100 %
Numerator	Jumlah pasien yang tidak membayar uang muka	940 Pasien
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di UGD	940 Pasien
Capaian	Tidak adanya pasien yang membayar uang muka	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Ruangan UGD	

## 2. RAWAT JALAN

<b>1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>			
Standar		100 %	
Numerator	Jumlah hari buka klinik Spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan	26 Hari	
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan	26 Hari	
Capaian	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 %	
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan Poliklinik		
<b>2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan</b>			
Standar		Minimal 4 pelayanan dasar	Anak, obgyn, Interna, Bedah
Numerator	Jenis jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada	1.Klinik Obgyn 2.Klinik Interna 3.Klinik Bedah 4.Klinik Umum 5.Klinik Anak 6.K. Kulit & kelamin 7.Klinik Mata 8.Klinik THT 9.Klinik Syaraf 10.Klinik Jantung 11.Klinik Jiwa	10 Jenis layanan spesialis
Denominator	Tidak ada		
Capaian		10 Jenis layanan spesialistik	
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan Poliklinik		
<b>3. Buka Pelayanan sesuai ketentuan (08.00 sd 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat)</b>			
Standar		100 %	



	Numerator	Pelayanan rawat jalan spesialistik yg buka sesuai ketentuan dalam satu bulan	26 Hari
	Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan	26 hari
	Capaian	<b>Buka Pelayanan sesuai ketentuan</b>	<b>100 %</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan Poliklinik	
4.	<b>Waktu tunggu rawat jalan</b>		
	Standar		<b>≤ 60 Menit</b>
	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien yang disurvei	<b>86344 Menit</b>
	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei	<b>2856 Pasien</b>
	Capaian	<b>Waktu tunggu rawat jalan</b>	<b>30,23 Menit</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan Poliklinik	
5.	<b>Kepuasan Pelanggan pada pasien Rawat Jalan</b>		
	Standar		<b>&gt; dari % 90</b>
	Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey	<b>75.65 %</b>
	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (Minimal n=50)	<b>50 pasien</b>
	Capaian	<b>Kepuasan Pelanggan pada pasien Rawat Jalan</b>	<b>75.65 %</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan Poliklinik/Tim Mutu/Panitia Mutu	
6.	<b>Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS</b>		
	Standar		<b>100 %</b>
	Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yg ditangani dengan strategi DOTS	<b>20 pasien</b>
	Denominator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yg ditangani di RS dalam waktu 3 bulan	<b>20 pasien</b>
	Capaian	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	<b>100 %</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan Poliklinik	

7.	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkolosis yg ditangani dengan strategi DOTS	20 pasien
	Denominator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkolosis yg ditangani di RS dalam waktu 3 bulan	20 pasien
	Capaian	Pasien rawat jalan tuberkolosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan Poliklinik	

### 3. RAWAT INAP

1.	<b>Pemberi Pelayanan Rawat Inap</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan	
	Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas dirawat inap	
	Capaian		100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan rawat inap	
2.	<b>Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	882 pasien
	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	882 pasien
	Capaian		100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan rawat inap	
3.	<b>Ketersediaan pelayanan Rawat Inap</b>		
	Standar		4 pelayanan dasar Minimal Kesehatan anak, Penyakit

			Dalam, Bedah, Kebidanan
	Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yg ada	Penyakit dalam, anak, obgyn, bedah, icu, isolasi, VIP/VVVIP
	Denominator	Tidak ada	
	Capaian		100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan rawat inap	
4.	<b>Jam Visite Dokter spesialis</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah Visite Dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yg di survey	208 Visite
	Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yg di survey	208 Visite
	Capaian	<b>Jam Visite Dokter spesialis</b>	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan rawat inap	
5.	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>		
	Standar		≤ 1,5 %
	Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan	0 pasien
	Denominator	Jumlah pasien yang dalam satu bulan	493 Pasien
	Capaian	Kejadian infeksi pasca operasi	0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu	
6.	<b>Angka Kejadian infeksi nosokomial</b>		
	Standar		≤ 1,5 %
	Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan	26 pasien
	Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan	1097 Pasien
	Capaian	Angka Kejadian infeksi nosokomial	2,37 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Rawat Inap/Komite Medik/panitia Mutu	

7.	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
8.	<b>Kematian pasien &gt; dari 48 jam</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
9.	<b>Kejadian pulang paksa</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
10.	<b>Kepuasan Pelanggan</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
11.a	<b>Penegakan Diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

11.b	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

1. Jam Visite dokter Spesialis.

Tabel 3. 4.  
Waktu Visite Dokter Spesialis

Unit Perawatan	Jam Visite Dokter		Rata-Rata Jam Visite Dokter (%)
	8.00-14.00	> 14.00	
Perawatan Bedah umum, mata, kulit dan THT	26	0	100
Perawatan Interna Kls I & II	26	0	100
Perawatan Interna Kls III	26	0	100
Perawatan Anak /Picu/Nicu	26	0	100
Perwt. Kebidanan/Nifas	26	0	100
ICU	26	0	100
PONEK	26	0	100
VIP/VVIP	26	0	100
<b>Jumlah</b>	<b>208</b>	<b>0</b>	<b>100</b>

2. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Jumlah pasien yang dirawat dikurangi pasien yang jatuh = 0 pasien

Jumlah pasien rawat inap pada periode pengamatan = 1097 pasien

Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/mati =  $0/1097 \times 100\%$   
= 0.0%

### 3. Kematian pasien > 48 jam

Jumlah kejadian kematian pasien >48 jam	= 6orang
Jumlah seluruh pasien rawat inap	= 1097 pasien
Kematian pasien > 48 jam	= $6/1097 \times 100$
	= 0,55%

### 4. Kejadian Pulang Paksa/ atas permintaan sendiri

Tabel 3. 7.  
Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri

Unit Perawatan	Jlh. Pasien	Jlh Pasien Pulang Paksa(APS)	Rata-Rata (%)
Perawatan Bedah umum, mata, kulit, dan THT,	191	16	0.05%
Perawatan Interna Kls I	21	0	0.14%
Perawatan Interna Kls II	27	4	0.00%
Perawatan Interna Kls III	170	22	0.21%
Perawatan Nifas	217	0	0.02%
Perawatan Anak/Nicu/Picu	168	0	0.02%
VIP	121	0	0.00%
VVIP	42	0	0.14%
ICU	50	0	0.00%
<b>JUMLAH</b>	<b>951</b>	<b>42</b>	<b>4,42%</b>

*Sumber Data : Register Rawat Inap*

Jumlah pasien pulang APS periode Oktober s/d Desember 2021	= 42Pasien
Jumlah seluruh pasien rawat inap Oktober s/d Desember 2021	= 951 Pasien
Kejadian pulang paksa(APS)	= $42/951 \times 100$
	= 4,42%

### 5. Kepuasan pelanggan

*Evaluasi SPM RSUD-TN Triwulan IV 2022*

Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat Di Unit Pelayanan Rawat Inap = **80.69**  
 Mutu Pelayanan = B  
 Kinerja Unit Pelayanan = Baik

#### 6. Rawat Inap TB

##### a. Penanganan pasien rawat inap yang ditangani dengan strategi DOTS

Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS = 5orang.

Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani di RS = 5orang

Terlaksananya penanganan pasien ranap TB dengan Strategi DOTS =  $5/5 \times 100\%$   
 = 1%.

##### b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

Jumlah pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan = 5orang

Jumlah seluruh kasus TB rawat inap = 5orang

Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB Rawat Inap =  $5/5$   
 $\times 100\%$   
 = 1%

#### 4. BEDAH SENTRAL

1.	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>		
	Standar		<b>≤ 2 hari</b>
	Periode analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang di operasi dalam 1 bulan	145200mnt
	Denominator	Jumlah pasien di operasi dalam 1 bulan	110
	Capaian	Waktu tunggu operasi elektif	$145200$ $mnt = 40,57$ $jam = \leq 2$ $hari$
	Penanggung Jawab	Kepala ruangan instalasi bedah sentral	

	Pengumpulan Data	
2.	<b>Kejadian kematian di meja operasi</b>	
	Standar	≤ 1 %
	Periode pengamatan	3 bulan
	Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 bulan 0
	Denominator	Jumlah pasien yang di lakukan Tindakan pembedahan dalam 1 bulan 110
	Capaian	Kejadian kematian di meja operasi 0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan bedah sentral/komite medis
3.	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>	
	Standar	≤ 100 %
	Periode analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan di kurangi jumlah pasien yang di operasi salah sisi dalam waktu 1 bulan 0
	Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan 110
	Capaian	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan bedah sentral/komite medis
4.	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</b>	
	Standar	≤ 100 %
	Periode analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan di kurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 bulan 0
	Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan 110
	Capaian	Tidak adanya kejadian operasi salah orang 0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan bedah sentral/komite medis



5.	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>		
	Standar		≤ 100 %
	Periode analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan di kurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu 1 bulan	0
	Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam 1 bulan	110
	Capaian	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan bedah sentral/komite medis	
6.	<b>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</b>		
	Standar		≤ 100 %
	Periode analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 bulan di kurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi dalam waktu 1 bulan	0
	Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam 1 bulan	110
	Capaian	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan bedah sentral/komite medis	
7.	<b>Komplikasi anastesi karena overdosis reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube</b>		
	Standar		≤ 6 %
	Periode analisa	3 bulan	
	Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi dalam 1 bulan	0
	Denominator	Jumlah pasien di operasi dalam 1 bulan	110

Capaian	Komplikasi anastesi karena overdosis reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube	0 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala ruangan bedah sentral/komite medis	

## 1. Waktu tunggu operasi elektif

### 1. Bedah Umum

Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi pasien bedah umum

yang terencana selang bulan Oktober s/d Desember 2021 = 112500 menit

Jumlah pasien operasi terencana = 75 orang

Waktu tunggu operasi elektif =  $112500 \text{mnt} / 75$   
= 1500mnt  
= 25 jam  
=  $\leq 1$  hari

### 2. Bedah Obgyn

Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi pasien bedah Obgyn

yang terencana selang bulan Oktober s/d Desember 2021 = 32700 menit

Jumlah pasien operasi terencana = 35 orang

Waktu tunggu operasi elektif =  $32700 \text{mnt} / 35$   
= 934,29mnt  
= 15,57jam  
=  $\leq 0,65$  hari

### 3. Bedah Mata

Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi pasien mata

yang terencana selang bulan Oktober s/d Desember 2021 = - menit

Jumlah pasien operasi terencana = - orang

Waktu tunggu operasi elektif = -/  
= - hari.

## 2. Kejadian kematian di meja operasi

Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi = 0 orang

Jumlah seluruh pasien yang dioperasi = 110orang  
Kejadian kematian di meja operasi =  $0/110 \times 100\%$   
= 0%

**3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi**

Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi salah sisi = 0 orang  
Jumlah seluruh pasien operasi bulan Oktober s/d Desember 2021 = 110pasien  
Tidak adanya kejadian operasi salah sisi =  $0/110 \times 100\%$   
= 0%

**4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi salah orang = 0 orang  
Jumlah seluruh pasien operasi bulan Oktober s/d Desember 2021 = 110pasien  
Tidak adanya kejadian operasi salah orang =  $0/110 \times 100\%$   
= 0%

**5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi salah sisi = 0 orang  
tindakan periode Oktober s/d Desember 2021 = 110orang  
Jumlah seluruh pasien operasi =  $0/110 \times 100\%$   
= 0%

**Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi salah tindakan = 0 orang  
Jumlah seluruh pasien operasi bulan Oktober s/d Desember 2021 = 110orang  
Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi =  $0/110 \times 100\%$   
= 0%

**6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi**

Jumlah pasien operasi dikurangi yang tertinggal benda asing/lain = 110 orang

Jumlah pasien operasi bulan Oktober s/d Desember 2021 = 110 pasien

Tidak adanya kejadian tertinggalnya bendaasing/lain pada tubuh =  $110/110 \times 100 = 100\%$

**7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube**

Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi = 0 orang

Jumlah pasien operasi bulan Oktober s/d Desember 2021 = 110 pasien

Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan dalam penempatan endotracheal tube =  $0/110 \times 100 = 0\%$

**5. PERSALINAN PERINATOLOGI DAN KB**

1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan		
	Standar		Pendarahan $\leq 1\%$ pre eclampsia $\leq 30\%$ , sepsis $\leq 0.2\%$
	Periode Analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan ,pre eclampsia/eklampsia dan sepsis	0
	Denominator	Jumlah pasien pasien persalinan dengan pendarahan pre eclampsia/eklampsia,dan sepsis	85
	Capaian	Kejadian kematian ibu karena persalinan	0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan	Komite medik	

	Data		
2.	<b>Pemberi pelayanan persalinan normal</b>		
	Standar		100 %
	Periode Analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG ,dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan	0
	Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang menlong persalian	85
	Capaian	Pemberi pelayanan persalinan normal	0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Komite mutu	
3.	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</b>		
	Standar		Tersedia
	Periode Analisa	3 bulan	
	Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG ,dokter umum ,bidan dan perawat terlatih	0
	Denominator	Tidak ada	85
	Capaian	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Komite mutu	
4.	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</b>		
	Standar		100 %
	Periode Analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah tenaga Sp.OG,dokter spesialis anak,dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalian dengan Tindakan operasi	0
	Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan Tindakan operasi	85
	Capaian	Pemberi pelayanan persalinan dengan	0 %

		tindakan operasi	
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Komite mutu	
5.	<b>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr</b>		
	Standar		100 %
	Periode Analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil di tangani	22
	Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang di tangani	22
	Capaian	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Komite medik/komite mutu	
6.	<b>Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria</b>		
	Standar		≤ 100 %
	Periode Analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan	85
	Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan	1461
	Capaian	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	58,2%
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Komite mutu	
7.a	<b>Persentase KB (Vasektomi, tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten. SpOG, Sp.B, Sp.U dan dokter umum terlatih</b>		
	Standar		100 %
	Periode Analisa		
	Numerator	Jumlah pelayanan KB mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	33
	Denominator	Jumlah KB mantap yang dilakukan	33

	Capaian	Persentase KB (Vasektomi, tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten. SpOG, Sp.B, Sp.U dan dokter umum terlatih	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Komite medik/komite mutu	
8.	<b>Kepuasan Pelanggan</b>		
	Standar		≥90 %
	Periode Analisa	3 bulan	
	Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survei ( dalam prosen)	
	Denominator	Jumlah total pasien yang di survei ( n minimal 50)	
	Capaian		80.69 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

#### 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

##### ➤ Pendarahan

Jumlah pasien mati melahirkan karena pendarahan = 0 orang

Jumlah pasien yang melahirkan Oktober s/d Desember 2021 = 85

orang

Kejadian kematian ibu karena persalinan pendarahan =  $0/85 \times 100$   
= 0%

##### ➤ Pre-eklampsia

Jumlah pasien mati melahirkan karena pre eklampsia = 0 orang

Jumlah pasien melahirkan = 85 orang

Kejadian kematian ibu karena persalinan pre eklampsia =  $0/85 \times 100\%$   
= 0 %

##### ➤ Sepsis

Jumlah pasien mati melahirkan karena sepsis = 0 orang

Jumlah pasien melahirkan = 85 orang  
Kejadian kematian ibu karena melahirkan sepsis =  $0/85 \times 100\%$   
= 0%

**2. Pemberi pelayanan persalinan normal**

Dokter sp.OG (termasuk residen) = tersedia  
Dokter umum terlatih (Asuhan persalinan normal) = tersedia  
Bidan = tersedia

**3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit**

Tim PONEK yang terlatih = tersedia  
Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi = tersedia  
Dokter Sp.OG (termasuk residen) = tersedia  
Dokter Sp.A = tersedia  
Dokter Sp.An./Penata An. = tersedia

**4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi**

**5. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 g**

Jumlah BBLR 1500 – 2500 g yang berhasil ditangani = 22orang  
Jumlah seluruh BBLR 1500-2500 gram = 22orang  
Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gram =  $22/22 \times 100\%$   
= 100%

**6. Pertolongan persalinan dengan seksio cesaria**

Jumlah persalinan dengan seksio caseria = 85 Ibu  
Jumlah seluruh persalinan = 146Ibu  
Pertolongan persalinan dengan seksio cesaria =  $85/146 \times 100$   
= 58,2%

**7. Keluarga Berencana**



a. Presentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Spesialis Obgyn & Ginekology, dr.Spesialis Bedah, dr.Spesialis Urologi, dr. umum terlatih

Jumlah pelayanan KB mantap yang dilakukan oleh

tenaga kompeten periode Oktober s/d Desember 2021 = 33 orang

Jumlah KB mantap yang dilakukan = 33orang

Presentase KB mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten =  $\frac{33}{33} \times 100$

= 100 %

b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih

Jumlah peserta KB mantap yang mendapat konseling = 28orang

Jumlah peserta KB mantap = 28orang

Presentase peserta KB mantap yang mendapat =  $\frac{28}{28} \times 100$

= 100 %

### 8. Kepuasan pelanggan

Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat Di Unit Pelayanan

Kebidanan/Persalinan adalah

= 80.69 %

Mutu Pelayanan

= B

Kinerja Unit Pelayanan

= Baik

### 6. INTENSIF (HCU)

1	Rata rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < dari 72 jam		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2.	Pemberian Pelayanan Unit Intensif		
	Standar		
	Numerator		

Denominator		
Capaian		
Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

**1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam**

Jumlah pasien yang kembali ke ICU < 72 jam dengan kasus yang sama = 0 orang

Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ICU = 50orang

Rata-rata pasien yang kembali ke ICU < 72 jam dengan kasus yang sama =  $0/50 \times 100\%$   
= 0%

**2. Pemberi pelayanan unit intensif**

Dokter Spesialis Anestesi = tersedia

Perawat D3 dgn sertifikat Perawat mahir ICU = tersedia

**7. RADIOLOGI**

1	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax</b>	
	Standar	
	Numerator	
	Denominator	
	Capaian	
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	
2.	<b>Pelaksanaan ekspertisi</b>	
	Standar	
	Numerator	
	Denominator	
	Capaian	
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	
3	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rongten</b>	
	Standar	

	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
4.	<b>Kepuasan pelanggan</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

**1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto**

Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto = 2161menit  
 Jumlah pasien yang difoto thorax = 457orang  
 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto =  $2161/457$   
 = **4.73menit**

**2. Pelaksanaan ekspertisi**

Dokter spesialis radiologi = Tersedia

**3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca = 1foto  
 Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen = 572foto  
 Kejadian kegagalan pelayanan rontgen =  $1/572 \times 100$   
 = **0,17%**

**4. Kepuasan pelanggan**

Nilai Indeks Unit Pelayanan Radiologi adalah = **84.25%**  
 Mutu Pelayanan = B  
 Kinerja Unit Pelayanan = Baik

**8. LABORATORIUM**

1	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2.	<b>Pelaksanaan ekspertisi</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
3	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
4.	<b>Kepuasan pelanggan</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

### laboratorium Patologi Klinik

#### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Patologi Klinik

Jumlah kumulatif waktu hasil pelayanan lab. Kimia darah = 1730.33menit

Jumlah seluruh hasil pemeriksaan = 2080pasien

- Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium =  $1730.33/2080 \times 100$   
= **83.2 %**
- 2. Pelaksana ekspertasi**  
Dokter spesialis patologi klinik = tersedia
- 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium**  
Jumlah seluruh pemeriksaandikurangi hasil lab yang salah = 3691pasien  
Jumlah seluruh pasien yang diperiksa = 3692pasien  
Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Lab =  $3691/3692 \times 100$   
= **99.9 %**
- 4. Kepuasan pelanggan**  
Nilai Indeks Unit Pelayanan adalah = **79,73 %**  
Mutu Pelayanan = **B**  
Kinerja Unit Pelayanan = **Baik**

#### Laboratorium Patologi Anatomi

- 5. Waktu tunggu hasil pelayanan HISTOPatologi Anatomi**  
Jumlah kumulatif waktu hasil pelayanan Histopatologi Anatomi = 6942menit  
Jumlah seluruh hasil pemeriksaan = 18pasien  
Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Histo P. A =  $6942/18$   
= 385,7menit=  
**0,27 Hari**
- 6. Pelaksana ekspertasi**  
Dokter spesialis patologi anatomi = tersedia
- 7. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium PA**  
Jumlah seluruh pemeriksaan dikurangi hasil lab yang salah = 33pasien  
Jumlah seluruh pasien yang diperiksa = 33pasien  
Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan lab. =  $33/33 \times 100$   
= **100%**
- 8. Kepuasan pelanggan**  
Nilai Indeks Unit Pelayanan adalah = **79,73 %**

Mutu Pelayanan = B  
 Kinerja Unit Pelayanan = Baik

## 9. REHABILITASI MEDIK

1	<b>Kejadian DO pasien terhadap pasien Rehabilitasi medic yang direncanakan</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2.	<b>Tidak adaya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi Medis</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
3.	<b>Kepuasan pelanggan</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

### 1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan

Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan = 5orang  
 Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik = 319orang  
 Kejadian drop out thd pelayanan rehabilitasi medik =  $\frac{5}{319} \times 100$   
 = 1.6 %

### 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Jumlah seluruh pasien dikurangi yang salah tindakan = 0 orang  
 Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik = 319orang  
 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik =  $0/319 \times 100$   
 = 0%

### 3. Kepuasan pelanggan

Nilai Indeks Unit Pelayanan Fisioterapi adalah = 88.25 %  
 Mutu Pelayanan = A  
 Kinerja Unit Pelayanan = Sangat Baik

## 10. FARMASI

1.a	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
b.	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
3.	<b>Kepuasan pelanggan</b>		
	Standar		

	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
4.	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

### 1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi yang disurvei = 3309menit

Jumlah pasien yang disurvei = 150 orang

Waktu tunggu pelayanan obat jadi =  $3309/150$   
= **22.1 mnt**

### Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan = 2832menit

Jumlah pasien yang disurvei = 90 orang

Waktu tunggu pelayanan obat racikan =  $2832/90$

= **31.5 mnt**

### 2. Tidak adanya kesalahan pemberian obat

Jumlah seluruh pasien yang disurvei dikurangi yang salah obat =

22539orang

Jumlah seluruh pasien yang disurvei pada bulan Okt-Des2021 = 22539orang

Tidak adanya kesalahan pemberian obat =

$22539/22539 \times 10$

0

= **100%**

### 3. Kepuasan pelanggan

Nilai Indeks Unit Pelayanan adalah = **81.76 %**



Mutu Pelayanan = B  
 Kinerja Unit Pelayanan = Baik

**4. Penulisan resep sesuai formularium**

Jumlah seluruh resep pada bulan Oktober s/d Desember 2021 = 22539resep  
 Jumlah resep sesuai formularium = 43184resep  
 Penulisan resep sesuai Formularium =  $\frac{22539}{43184}$   
 $\times 100 = 52,19\%$

**Penulisan resep obat generic**

Jumlah resep obat generic periode Oktober s/d Desember 2021 :  
 Jumlah resep obat generic = 28794resep  
 Jumlah resep obat = 22539resep  
 Penulisan resep obat generic =  $\frac{28794}{22539}$   
 $\times 100$   
 = 128%

**11. GIZI**

1	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2.	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
3	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet</b>		

Standar		
Numerator		
Denominator		
Capaian		
Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

**1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien**

Jumlah pasien rawat inap yang disurveidi beri makan tepat waktu periode Okt s/d Des 2021 = 3593pasien  
 Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei = 3593pasien  
 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien =  $\frac{3593}{3593} \times 100$   
 = **100%**

**2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

Jumlah kumulatif porsi sisa makanan yang disurvei = 33porsi  
 Jumlah seluruh porsi makanan yang disurvei = 3593porsi  
 Sisa makanan yang tidak termakanoleh pasien =  $\frac{33}{3593} \times 100$   
 = **0,92%**

**3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet**

Jumlah pemberian makanan yg disurvei dikurangiygsalah diet = 1646porsi  
 Jumlah seluruh pemberian makanan = 1646porsi  
 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet =  $\frac{1646}{1646} \times 100$   
 = **100%**

**4. Jumlah permintaan makan yang dilayani**

Jumlah permintaan makan yang dilayani = 3593porsi  
 Jumlah permintaan makan Okt s/d Des 2021 = 3593porsi  
 Jumlah permintaan makan yang dilayani =  $\frac{3593}{3593} \times 100$   
 = **100%**

**5. Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang dilayani**

Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang dilayani = 0 konsultasi

Jumlah seluruh permintaan konsultasi Rawat Jalan = 0 konsultasi  
 Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang dilayani =  $0/0 \times 100$   
 = 0%

**6. Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang dilayani**

Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang dilayani = 475  
 Jumlah seluruh permintaan konsultasi rawat inap = 475  
 Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang dilayani =  $475/475 \times 100$   
 = 100%

**12. TRANFUSI DARAH**

1.	<b>Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2.	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

**1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi**

Jumlah seluruh permintaan darah yang dipenuhi = 383 kantong  
 Jumlah seluruh permintaan darah = 398 kantong  
 Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi =  $383/398 \times 100$   
 = 96,2%

**2. Kejadian reaksi tranfusi**

Jumlah kejadian reaksi tranfusi yang diamati = 0orang  
 Jumlah seluruh tranfusi = 176orang  
 Kejadian reaksi tranfusi =  $0/176 \times 100$   
 = 0%

### 13. PELAYANAN GAKIN

1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan		
	Standar		100 %
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

1. **Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang ada pada setiap unit pelayanan**  
 Jumlah pasien JKN yang dilayani bulan Okt s/d Des 2021 = 3873orang  
 Jumlah seluruh pasien yang datang Ke RS = 3873orang  
 Pelayanan terhadap pasien yang ada pada setiap unit pelayanan =  

$$\frac{3873}{3873} \times 100 = 100 \%$$

### 14. REKAM MEDIK

1	Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam		
	Standar		100 %
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2.	Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas		
	Standar		100 %

	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
3	<b>Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat jalan</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
4.	<b>Waktu Penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan di rawat jalan Periode Oktobers/d Desember 2021

**Tabel 3.8.**  
**Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam**  
**Setelah Selesai Pelayanan Rawat Jalan**

NO	Nama Klinik	Jlh BRM Yang Disurvey	KelengkapanPengisian BRM < 24 Jam	( %)
1	UGD	337	337	100
2	Klinik Umum	0	0	0
3	Klinik Gigi	421	421	100
4	Klinik Interna	315	315	100
5	Klinik Obgyn	302	302	100

6	Klinik Anak	235	235	100
7	Klinik Bedah	238	238	100
8	Klinik Mata	362	362	100
9	Klinik Jantung	185	185	100
10	Klinik Saraf	325	325	100
11	Klinik Kul kel	121	121	100
12	Klinik THT	145	145	100
13	Klinik Penyakit Jiwa	57	57	100
14	Klinik Irdo	9	9	100
15	Rehab Medik	264	264	100
<b>J U M L A H</b>		<b>3316</b>	<b>3316</b>	<b>100</b>

*Sumber Data : Register KLPCM Rekam Medik periode Oktober s/d Desember 2021*

Jumlah rekam medik rawat jalan yang diisi lengkap dalam 24 jam =  
3316dok

Jumlah seluruh rekam medik yang disurvei = 3316dok

Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai  
pelayanan rawat jalan =  $3316/3316$   
 $\times 100$   
= 100%

2. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan di rawat inap periode Oktober s/d Desember 2021

Tabel 3. 9.  
Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam  
Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap

No.	Unit Perawatan	Jlh BRM Yang Di Survey	Kelengkapan Pengisian BRM < 24 Jam	( %)
1	Perawatan Nifas	239	239	100
2	Perawatan Anak	166	166	100
3	Perawatan Interna	182	182	100
4	Perawatan Bedah	129	129	100
5	ICU	32	32	100
6	Perawatan VVIP/VIP	125	125	100
7	Ponek	17	17	100
8	Isolasi	35	35	100
<b>J U M L A H</b>		<b>925</b>	<b>925</b>	<b>100</b>

*g*  
*ister KLPCM Rekam Medik*

$$\begin{aligned}
 &\text{Jumlah rekam medik rawat inap yang diisi lengkap dalam 24 jam} &&= && 925 \text{ dok} \\
 &\text{Jumlah seluruh rekam medik yang disurvei} &&= && 925 \text{ dok} \\
 &\text{Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai} && && \\
 &\text{pelayanan rawat inap} &&= && 925/925 \\
 &&&&&& \times 100 \\
 &&&&&& = 100\%
 \end{aligned}$$

3. Kelengkapan pengisian informed concent di rawat inap setelah mendapatkan informasi yang jelas periode Oktober s/d Desember 2021

Tabel 3. 10.  
Kelengkapan Informed Concent  
Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

No.	Unit Perawatan	Jlh BRM Yang Disurvey	Kelengkapan Informed Concent	( % )
1	Perawatan Nifas	239	239	100
2	Perawatan Anak	166	166	100
3	Perawatan Interna	182	182	100
4	Perawatan Bedah	129	129	100
5	ICU	32	32	100
6	Perawatan VVIP/VIP	125	125	100
7	Ponek	17	17	100
8	Isolasi	35	35	100
<b>J U M L A H</b>		<b>925</b>	<b>925</b>	<b>100</b>

*Sum sumber Data : Register KLPCM Rekam Medik*

4. **Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas**

Jumlah pasien yang mendapat informasi lengkapsebelum

persetujuan tindakan medis = 925 orang

Jumlah seluruh pasien yang mendapat tindakan medis = 925 orang

Kelengkapan informed concent setelah dapatkan Informasi

yang jelas =  $925/925 \times 100$

= 100 %

5. **Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan pasien lama**

Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat jalan =

352menit

Jumlah sampel penyediaan rekam medis yang **diamati** = 176pasien

Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan =  $352/176$

= 2menit

120detik

6. **Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan pasien baru**

Jumlah kumulatif waktu penyediaan RM rawat jalan = 124menit

Jumlah sampel penyediaan RM yang diamati = 124pasien



Waktu penyediaan dokumen RM Rawat Jalan = 124/124  
= 1mnt.60detik

**7. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap lama**

Jumlah kumulatif waktu penyediaan RM rawat inap = 1003menit  
Jumlah sampel penyediaan RM yang diamati = 190orang  
Waktu penyediaan dokumen RM Rawat Inap = 1003/190  
= 0,19mnt

**8. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap baru**

Jumlah kumulatif waktu penyediaan RM rawat inap = 400menit  
Jumlah sampel penyediaan RM yang diamati = 110orang  
Waktu penyediaan dokumen RMRawat Inap = 400/110  
= 0,28menit

**15. PENGELOLAAN LIMBAH**

1	<b>Baku Mutu Limbah Cair</b>		
	Standar		
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		
2.	<b>Pengelolaan Limbah padat infeksius sesuai dengan aturan</b>		
	Standar		100 %
	Numerator		
	Denominator		
	Capaian		
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data		

**1. Baku mutu limbah**

Laporan Hasil Pengujian Watter Laboratory Nusantara (WLN) cabang Manado:

Parameter	Sat	Baku Mutu	Hasil Analisa	Ket
TDS	Mg/l	< 1	1	( Tercapai )
pH	N / a	6.0 – 9.0	8,49	( Tercapai )

Amonia (NH3)	Mg/l	10	< 0,02	( Tercapai )
Total Coliform	MPN/100ml	3000	1360 ( 1 )	( Tercapai )
BOD	Mg/l	30	< 2	( Tercapai )
COD	Mg/l	100	10	( Tercapai )
Oil dan Grease	Mg/l	5	1	( Tercapai )

2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai prosedur

Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai prosedur = 3.568.5Kg

Jumlah seluruh limbah padat = 3.568,5Kg

Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai prosedur =  $3.568,5 \times 3.568,5 \times 100$

= 100%

16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi		
	Standar		100 %
	Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan	6 Keputusan
	Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan	6 Keputusan
	Capaian	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Direktur RS/ Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan	
2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja		

	Standar		100 %
	Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun	1 Laporan
	Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun	1 Laporan
	Capaian	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan	
3.	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah Pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenpak dalam satu tahun	11 orang
	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenpak dalam satu tahun	22 Orang
	Capaian	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	50 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan	
4.	<b>Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah Pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	0 %
	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	0 %
	Capaian	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %

	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan
5.	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun</b>	
	Standar	>Dari 60 %
	Numerator	Jumlah karywan yang mendapat pelatihan minimal 20 Jam pertahun 1 Orang
	Denominator	Jumlah seluruh karyawan di RS 105 Orang
	Capaian	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 0,95 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan
6.	<b>Cost Recovery</b>	
	Standar	>Dari 40 %
	Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan 7.752.138.839 Rp
	Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan 3.957.241.438 Rp
	Capaian	<b>Cost Recovery</b> 195,90 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan
7.	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>	
	Standar	100 %
	Numerator	4 Laporan
	Denominator	7 Laporan
	Capaian	57,14 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	
8.	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>	
	Standar	≤ 2 Jam
	Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap 75 Menit

		yang diamati dalam satu bulan	
	Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan	5 Orang
	Capaian	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	15 Menit
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Bagian Keuangan	
9.	<b>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif	1 bulan
	Denominator	3 Bulan	3 Bulan
	Capaian	<b>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</b>	<b>33 %</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Bagian Keuangan	

## 17. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1.	<b>Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah</b>		
	Standar		24 Jam
	Numerator	Total waktu buka pelayanan ambulance dalam satu bulan	744 Jam
	Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut	31 Jam
	Capaian	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 Jam
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ Ambulance/Kereta Jenazah	
2.	<b>Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta	47 Kali

		jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan	
	Denominator	Catatan penggunaan Ambulans /kereta jenazah	47 Kali
	Capaian	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ Ambulance/Kereta Jenazah	
3.	<b>Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (dalam kota)</b>		
	Standar		<b>30 Menit</b>
	Numerator	Jumlah waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah	<b>800</b>
	Denominator	Jumlah permintaan penjemputan ambulance/kereta jenazah	<b>40</b>
	Capaian	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (dalam kota)	<b>20 Menit</b>
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ Ambulance/Kereta Jenazah	

## 18. PEMULASARAN JENAZAH

1.	<b>Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah</b>		
	Standar		<b>&lt; dari 2 Jam</b>
	Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang di amati dalam satu bulan	<b>300 Menit</b>
	Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan	<b>5 Pasien</b>
	Capaian	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran	<b>60 Menit</b>

	jenazah	
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ Ambulance/Kereta Jenazah	

## 19. PEMELIHARAAN SARANA RS

1.	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>		
	Standar		> % dari 80
	Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan	19 Laporan
	Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan	23 Laporan
	Capaian	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	82,61 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ IPSRS	
2.	<b>Ketepatan waktu pemeliharaan alat</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan	160 Alat
	Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan	320 Alat

	Capaian	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	50 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ IPSRS	
3.	<b>Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun	0 Alat
	Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun	37 Alat
	Capaian	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	0 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ Laboratorium	

## 20. PELAYANAN LAUNDRY

1.	<b>Tidak adanya kejadian linen yang hilang</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah linen yang dihitung 4 hari sampling dalam satu tahun	80
	Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	80
	Capaian	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ Laundry	
2.	<b>Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</b>		
	Standar		100 %
	Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan	31 Hari



	penyediaan linen tepat waktu	
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan	31 Hari
Capaian	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	PJ Laundry	

## 21. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1.	<b>Ada anggota tim PPI yang terlatih</b>	
	Standar	75 %
	Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih 21 orang
	Denominator	Jumlah anggota Tim PPI 21 orang
	Capaian	Ada anggota tim PPI yang terlatih .. %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Ketua Komite PPI
2.	<b>Tersedia APD di setiap instalasi departemen</b>	
	Standar	75 %
	Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD 21
	Denominator	Jumlah instalasi di RS 27
	Capaian	Tersedia APD di setiap instalasi departemen 77 %
	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Tim PPI
3.	<b>Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (Min 1 Parameter)</b>	
	Standar	75 %
	Numerator	Jumlah Instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan 3 Ruangan
	Denominator	Jumlah Instalasi yang tersedia 11 Ruangan

Capaian		27 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Tim PPI	

## BAB IV PEMBAHASAN

### A. GAWAT DARURAT

Dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat, khususnya pada tahun 2021 triwulan empat kemampuan menangani live saving telah mencapai standar 100 %, dari standar SPM Kemenkes 100%, sama halnya dengan triwulan ke empat. Hal ini sebanding dengan usaha RSUDTN yang terus berbenah baik dari segi kualitas sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta alat kesehatan guna menunjang kegiatan pelayanan yang ada di RSUDTN Kabupaten Boalemo. Pelayanan gawat darurat dilaksanakan 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu.

Begitu pula dengan ketersediaan tim penanggulangan bencana yang ada di gawat darurat yakni satu tim. Hal ini sudah sesuai dengan standar nasional.

Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat pada pasien di periode triwulan keempat tahun 2021 mencapai 3 menit samahalnya jika dibandingkan dengan semester ketiga yakni 3 menit, namun masih sesuai dengan standar SPM, yakni  $\leq 5$  menit per pasien.

Prosentase IKM di UGD yang dicapai 81,43%, menurun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 82,31%. Angka ini sudah sesuai dengan standar SPM Kemenkes .

Kematian pasien  $\leq 24$  jam mencapai 0,01per seribu meningkat jika dibandingkan dengan triwulan ketigayakni 0,04 per seribu. Angka ini sudah sesuai dengan Target SPM Kemenkes yakni  $\leq 10$  per seribu.

Seluruh pasien yang datang berobat ke UGD tidak diharuskan membayar uang muka telah sesuai dengan standar yakni mencapai 100%.Hal ini dikarenakan

Komitmen Rumah sakit dalam memberikan pelayanan lebih mengutamakan keselamatan pasien dari pada pembayaran administrasi pelayanan.

## B. RAWAT JALAN

Tahun 2021 triwulan Pertama presentase Dokter Spesialis/residen yang memberi pelayanan di Rawat Jalan sebanyak 100% sebanding dengan tahun sebelumnya jika dibandingkan dengan triwulan empat tahun 2021 sebanyak 100% sudah sesuai dengan standar SPM yakni 100%.

Sedangkan ketersediaan pelayanan di rawat jalan sama jika dibandingkan dengan triwulan ketiga, hal ini dikarenakan adanya dokter jiwa, mulai buka pelayanan pada bulan januari 2021, RSUD TN terus berupaya semaksimal mungkin dengan bekerja sama dengan dokter part time dan suster hospital dalam hal pemenuhan tenaga tersebut.

Dengan meningkatnya jumlah kunjungan pasien maka jam buka pelayanan dimulai pukul 08.00–14.00 WITA setiap hari kerja, kecuali hari jum'at pukul 08.00-11.00 WITA.

Ketersediaan pelayanan di Unit Rawat Jalan tidak lepas dari waktu tunggu pasien, hal ini dimulai dari pasien tiba diruang pelayanan dan ditangani oleh petugas sampai diperiksa oleh Dokter. Waktu tunggu yang telah dicapai di seluruh unit rawat jalan yakni sebesar 30,23 menit pada triwulan keempat tahun 2021 meningkat jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni sebesar 18,41 menit. namun masih sesuai dengan standar SPM.

Namun jika di tuangkan dalam tabel per ruangan poliklinik, masih ada beberapa klinik yang belum memenuhi standar SPM 2021, sehingga perlu perhatian khusus dari dokter spesialis dalam memperhatikan waktu pelayanan di poliklinik, agar lebih meningkatkan pemberian pelayanan sesuai dengan jam buka klinik rawat jalan.

Jika dirata-ratakan waktu tunggu di rawat jalan sudah memenuhi standar SPM 2021 di triwulan empat yakni (30,23 Menit), namun perlu di tingkatkan untuk evaluasi dan koordinasi dengan klinik lain rawat jalan yang belum memenuhi standar waktu tunggu agar lebih di tingkatkan, disesuaikan dengan standar yang akan di capai.

Kepuasan pelanggan mencapai 75,65% menurun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga sebesar 78,04% namun belum memenuhi standar SPM  $\geq 90\%$ . Hal ini disebabkan oleh kepastian jadwal pelayanan masih ada yang belum sesuai dengan jadwal waktu buka klinik, hal ini dikarenakan ada beberapa poliklinik yang harus menangani beberapa kasus emergency terlebih dahulu, sehingga dibutuhkan waktu yang lebih lama untuk pelayanan di poliklinik.

Penegakan diagnosis TB melalui Strategi DOTS mencapai 100%, hal ini dikarenakan RSTN telah melakukan perbaikan sistem pelayanan serta meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal penanganan pasien TB dengan Strategi DOTS.

### C. RAWAT INAP

Pemberi pelayanan di rawat inap baik dokter spesialis, dokter umum dan perawat dengan pendidikan minimal D3 sudah mencapai 100%.

Dokter penanggung jawab pasien pada rawat inap mencapai 100% dan masing-masing ruang perawatan telah ditangani oleh dokter spesialis.

Jam visite Dokter di Rawat inap pada jam 08.00-14.00 WITA sesuai dengan standar SPM yakni 100%.

Kejadian infeksi pasca operasi triwulan empat tahun 2021 mencapai 0,0% jika dibandingkan dengan triwulan tiga 2021 sebesar 0,0% hal ini telah sesuai dengan standar SPM 2021.

Kejadian infeksi nosokomial pada triwulan keempat tahun 2021 mencapai 0,02% jika dibandingkan dengan triwulan ketiga sebesar 0,01%, Angka ini sudah mencapai standar SPM tahun 2021 ( $\leq 1.5\%$ ), namun tetap perlu dilakukan edukasi kepada pasien dan keluarga sehingga angka ini akan lebih baik di tahun yang akan datang.

Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian sudah mencapai standar nasional 100%.

Jumlah Kematian pasien >48 jam pada triwulan empat Tahun 2021 mencapai 0,01% menurun jika dibandingkan dengan triwulan tiga 2021 yakni sebesar 1,16%, hal ini masih butuh pentingnya pemberian edukasi terhadap keluarga pasien.

Kejadian pulang atas permintaan sendiri tahun 2021 triwulan keempat mencapai 0,04% menurun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni sebesar 0,03%, namun hasil ini telah sesuai dengan standar SPM Tahun 2021 yakni 5 %,

Kepuasan pelanggan di rawat inap berdasarkan angka IKM yakni 80,69% pada triwulan keempat, angka ini turun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 1,16% tetapi angka yang di triwulan ke empat ini sudah memenuhi standar SPM  $\geq 90$  %, kategori yang belum memenuhi standar atau angka terendah pada saat evaluasi IKM adalah kejelasan petugas pelayanan, sehingga dibutuhkan evaluasi terhadap petugas yang ada di rawat inap, guna meningkatkan kualitas layanan terhadap masyarakat.

Penegakan diagnosis TB melalui Strategi DOTS mencapai 100%, hal ini dikarenakan RSTN telah melakukan MOU dengan dinas kesehatan akan penanganan pasien TB dengan Strategi DOTS, dan juga telah ditetapkan pokja pengelola TB di RSUDTN.

#### **D. BEDAH SENTRAL**

Waktu tunggu operasi elektif RSUD Tani dan Nelayan tahun 2021 triwulan keempat mencapai 25 jam ( $\leq 1$  hari) meningkat jika dibanding dengan triwulan ketiga yakni 72 jam ( $\leq 2$  hari). Hal ini sudah melebihi standart SPM  $\leq 2$  hari, ini menunjukkan pelayanan di instalasi bedah sentral perlu ditingkatkan lagi.

Kejadian kematian pasien di meja operasi 0%, hal ini menunjukkan pelayanan di instalasi bedah sentral sudah baik .

Demikian pula, tidak adanya kejadian operasi salah sisi, tidak adanya kejadian operasi salah orang, tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi, dan tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien. Hal ini di karenakan petugas di instalasi bedah sentral sebelum melakukan tindakan operasi selalu melakukan surgical cek list untuk mengecek kembali identitas, bagian yang akan di lakukan tindakan untuk meminimalisir kejadian yang tidak diharapkan.

Tidak adanya Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube. ini dikarenakan pemberian dosis untuk anestesi tidak full doze, dan RSUDTN telah menyediakan anti dotum untuk komplikasi anestesi

tersebut,tidak adanya kesalahan penempatan endotracheal tube,Hal ini sebanding dengan adanya dokter spesialis anestesi tetap di RSUD TN.

## E. PERSALINAN

Kejadian kematian ibu karena persalinan, yang ditandai dengan perdarahan, pre eklampsia, dan sepsis selama periode penelitian tidak terdapat kasus yang dimaksud ,atau 0% hal ini sebanding dengan adanya tenaga yang kompeten dalam melakukan tindakan pelayanan khususnya dalam pelayanan kebidanan dan kandungan,jumlah tenaga yang memadai serta dukungan sarana prasarana dan peralatan yang semakin lengkap.

Pemberi pelayanan persalinan normal dilakukan oleh dokter spesialis kebidanan,dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan.Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit ditangani oleh Tim PONEK yang sudah terlatih.Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi telah mencapai 100 %. Dalam hal ini penanganan tindakan operasi dilakukan oleh Dokter Spesialis Kebidanan, Dokter Spesialis Anak, dan Dokter Spesialis Anestesi.

Kemampuan menangani BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) 1500-2500 gr berjumlah 9 kasus sama jika dibandingkan dengan capaian triwulan keempat yakni 22 kasus dan ditangani semaksimal mungkin dengan capaian 100% artinya masih sesuai dengan standar SPM

Pertolongan persalinan dengan sectio cesar mencapai 1,71%,. Hasil ini belum mencapai standar yakni kurang dari 20 %. Hal ini disebabkan pasien yang dirujuk ke RS sudah dengan indikasi Sectio cesaria sehingga mengharuskan untuk dilakukan tindakan seksio cesaria dan bersifat cito. Untuk itu pentingnya pemberian KIE kepada keluarga/pasien.

Presentase KB dengan jenis KB vasektomi dan tubektomi yang dilakukan oleh tenaga kompeten oleh dokter Spesialis Obgyn dan Ginekologi, dokter Spesialis Bedah dan dokter umum terlatih telah mencapai 100 %, begitu pula presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih mencapai 100%.

Kepuasan pelanggan mencapai angka 80,69% menurun jika dibandingkan dengan triwulan tiga yakni 81,32%, hal ini sudah sesuai dengan standar pelayanan minimal Tahun 2021.

#### **F. INTENSIF**

Kejadian Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam, yakni 0 % artinya tidak ada pasien yang kembali ke unit perawatan intensif dalam waktu < 72 jam dengan kasus yang sama, Hal ini sudah sebanding dengan pelayanan di unit intensif yang dilayani oleh tenaga spesialis serta ditunjang dengan alat kesehatan yang memadai.

#### **G. RADIOLOGI**

Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto selama ini masyarakat tidak pernah mengeluh untuk mendapatkan hasilnya . Hal ini dibuktikan dengan capaian sebesar 4,72 menit untuk triwulan keempat dimana target untuk SPM ini  $\leq$  dari 1jam.

Kejadian kegagalan pelayanan rontgen sebesar 0,001% meningkat jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 0% hal ini sudah sesuai standar SPM 2%.

Kepuasan pelanggan berdasarkan angka IKM pada triwulan keempat sebesar 84,25% angka ini menurun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 88,45%, hal ini telah sesuai dengan standar SPM yakni sebesar 80%

#### **H. LABORATORIUM**

Pada saat ini tidak pernah ada masyarakat yang komplek terhadap pelayanan waktu tunggu hasil pelayanan instalasi laboratorium. Dan ini dapat dibuktikan dengan hasil Waktu tunggu sebesar 124 menit pada triwulan keempat, meningkat jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 0,01 menit, namun sudah sesuai dengan Standar SPM. Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahlinya yaitu dokter spesialis patologi klinik. Selama periode penilaian tidak terdapat kejadian kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap, hal ini sesuai dengan telah terakreditasinya RSUD TN dimana seluruh proses berjalan sesuai dengan SOP.

Kepuasan pelanggan berdasarkan angka IKM pada triwulan keempat yakni 79,73% meningkat jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 75,65% hal ini disebabkan karena saat ini ruang laboratorium telah selesai dilakukan renovasi sehingga penilaian pada capaian IKM adalah kenyamanan lingkungan sudah naik, namun angka capaian tersebut telah sesuai dengan standar SPM yaitu sebesar  $\geq 80\%$ .

## I. REHABILITASI MEDIK

Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan dapat dilihat pada kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan. Dimana hasil yang didapat pada triwulan empat sebesar 5,42% turun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 6,08%, hal ini dikarenakan semakin kooperatifnya pasien akan edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan sehingga harus terus meningkatkan pendekatan secara emosional terhadap pasien dan keluarga guna meniadakan angka drop out untuk pasien rehabilitasi. Hasil yang dicapai sangat baik dimana standar SPM 2021 sebesar  $\leq 50\%$ .

Tidak ada kejadian kesalahan tindak rehabilitasi medik pada pasien yang datang. Di harapkan kepada petugas untuk tetap waspada dan jangan terlena dengan apa yang telah di capai namun lebih meningkatkan pengetahuan dan ketelitian yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan sekarang ini .

Persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik berdasarkan hasil survey indeks kepuasan masyarakat RSUD Tani dan Nelayan pada triwulan keempat sebesar 88,25% meningkat jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 87,94%, hal ini sebanding dengan angka capaian penilaian IKM di unit Rehabilitasi medik pada triwulan satu 2021 memenuhi standar artinya kinerja unit pelayanan tersebut baik dan memenuhi standar  $\geq 80\%$ .

## J. FARMASI

Kecepatan pelayanan instalasi farmasi dapat dilihat pada waktu tunggu pelayanan obat jadi dan obat racikan. Untuk waktu tunggu pelayanan obat jadi telah memenuhi standar yaitu 22,6 menit pada triwulan keempat, hal ini telah sesuai dengan standar SPM sebesar  $\leq 30$  menit. Sedangkan untuk waktu tunggu pelayanan



obat racikan nilainya telah sesuai standart  $\leq 60$  menit dimana hasil yang dicapai RSUD Tani dan Nelayan yakni sebesar 31,46 menit. Dalam periode pengambilan data, tidak terdapat adanya kesalahan pemberian obat, kesalahan yang dimaksud dapat berupa salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang dan atau salah jumlah, hal ini disebabkan karena RSUDTN telah menjalankan SOP verifikasi pemberian obat terhadap pasien dan peran aktif dari setiap petugas yang ada di setiap ruangan rawatan untuk bekerja sama dalam hal verifikasi obat.

Persepsi pelanggan terhadap pelayanan instalasi farmasi berdasarkan hasil survey indeks kepuasan masyarakat RSUD Tani dan Nelayan sebanyak 81,76% pada triwulan keempat menurun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 83,31%, hal ini disebabkan karena sudah ada pemisahan pasien yang mengambil obat dan pasien / keluarga yang akan melakukan pembayaran di kasir, tersedia yang cukup tempat duduk pada saat keluarga pasien/pasien melakukan antrian pengambilan obat pada ruang tunggu farmasi. Angka IKM yang di capai sudah sesuai dengan Standar SPM artinya kinerja unit pelayanan tersebut **baik** dan pasien puas. Nilai ini kurang dari standart  $\geq 80\%$ . Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di RSUD Tani dan Nelayan terhadap pelayanan farmasi, dimana hasil penulisan resep sesuai formularium mencapai 44,9% pada triwulan keempat menurun jika dibandingkan dengan capaian triwulan ketiga yakni 58,55%, hal ini belum sesuai standart SPM 100%. Angka ini menunjukkan bahwa formularium yang dibuat perlu dilakukan pengkajian kembali untuk memenuhi kebutuhan tenaga medis dalam menulis resep. Obat generic adalah resep obat dengan nama kimia obat. Penulisan obat generic yang sesuai standart SPM nilainya 95%, sedangkan hasil yang dicapai oleh RSUD Tani dan Nelayan sebesar 61,1%. Hal ini menunjukkan bahwa hasil yang dicapai masih tidak sesuai dengan standart. Untuk itu perlu perhatian dari pihak RS dengan cara melakukan evaluasi lintas bidang yang melibatkan DPJP, Komite Medik, Komite Mutu dan Komite Farmasi dan Terapi.

## K. GIZI

Pelayanan instalasi gizi kepada pasien di lihat dari ketepatan waktu pemberian makanan selalu tepat waktu (100%) di mana standar harus > 90% ini berarti bahwa pemberiannya sudah baik.

Makanan yang diberikan kepada pasien adalah makanan yang sesuai dengan keadaan pasien dan sesuai dengan diit penyakit pasien dan diharapkan pasien sembuh. Berdasarkan penelitian terhadap sisa makanan didapat hasil sebesar 1,34% dimana hal ini sudah sesuai dengan standart SPM sebesar  $\leq 20\%$ .

Dalam pemberian diit selama pengambilan data ini tidak pernah menyalahi aturan pemberian diit, begitu juga dengan permintaan makan pasien di layani semuanya 100%

Instalasi gizi juga melayani konsultasi gizi bagi rawat inap 100 % adapun untuk rawat jalan 0% hal ini menunjukkan bahwa tidak permintaan konsultasi sudah sesuai dengan kebutuhan konsultasi.

#### **L. TRANFUSI DARAH**

Keselamatan dan kesinambungan pelayanan adalah merupakan salah satu tugas dari unit transfusi darah, agar pasien mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhannya. Unit transfusi darah RSUD Tani dan Nelayan pada triwulan keempat sebesar 90,5% menurun jika dibandingkan dengan triwulan ketiga sebesar 94,5% yang dilayani, hal ini tidak sesuai dengan standart sebesar 100%. Salah satu hambatan dalam pemenuhan kebutuhan permintaan darah adalah kurangnya minat masyarakat dalam hal melakukan pendonoran darah, meskipun RSTN telah berupaya dalam hal melakukan kunjungan lapangan. Langkah unit transfusi darah untuk mencapai standart adalah dengan mengadakan kerja sama dengan PMI dan PDDI ( Persatuan Donor Darah Indonesia ) dalam kegiatan Donor darah suka rela.

#### **M. PELAYANAN GAKIN**

Kepedulian RS terhadap masyarakat miskin atau kaya yang datang berobat ke RS Tani dan Nelayan di layani 77,4%, artinya seluruh pasien yang datang di layani dengan sebaik-baiknya.

#### **N. REKAM MEDIK**

*Evaluasi SPM RSUD-TN Triwulan IV 2022*

Pada umumnya Berkas Rekam Medis (BRM) dikembalikan sudah terisi lengkap selama periode pengambilan data triwulan keempat tahun 2021, namun dari sisi waktu masih ada unit yang mengembalikan BRM tidak tepat waktu yang telah ditetapkan. Sehingga hal ini mempengaruhi angka capaian prosentase kelengkapan pengisian catatan medis. Dimana penilaiannya tidak hanya memperhatikan kelengkapan pengisian BRM, namun juga memperhitungkan waktu pengembalian yakni tidak lebih dari 1x 24 Jam.

Adapun angka capaian kelengkapan pengisian rekam medis pada unit pelayanan rawat jalan adalah 100% dari BRM yang dikembalikan (2545), dan yang dikembalikan tepat waktu hanya 2545 BRM atau 100%. Pengembalian BRM tepat waktu, pada umumnya disebabkan oleh adanya form rekam medis yang sudah ditanda tangani oleh dokter DPJP atau petugas lainnya. Sehingga prosentase kelengkapan pengisian rekam medis rawat jalan 24 jam setelah pelayanan rawat jalan mencapai 100%, sudah mencapai standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan untuk tahun 2021 yakni 100%.

Sedangkan untuk unit rawat inap didapati data kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pasien dipulangkan adalah sebesar 100%. Hal ini menunjukkan bahwa sudah tercapainya standar yang telah ditetapkan untuk tahun 2021 yakni 100%. Sama halnya dengan capaian kelengkapan pengisian rekam medis pada unit pelayanan rawat jalan, di unit rawat inap pun demikian. Pada umumnya BRM dikembalikan sudah terisi lengkap, dan pengembaliannya tepat waktu.

Hal ini hendaknya menjadi perhatian seluruh unit terkait. Peningkatan kesadaran petugas adalah salah satu faktor penting yang patut pula diperhatikan, dimana petugas adalah merupakan kunci utama dalam pelaksanaan dan peningkatan standar pelayanan minimal.

Pasien yang mendapatkan informed consent dari dokter tentang tindakan medik yang akan dilakukan mencapai 100%. Hal ini menunjukkan prosentasenya sudah memenuhi standar yang telah ditetapkan untuk tahun 2021 yakni 100%.

Waktu penyediaan rekam medik mulai pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas, untuk rawat jalan pasien lama 1.45 menit dan rawat jalan pasien baru 1,30 menit. Untuk pasien baru rawat jalan memperoleh format rekam medis langsung di klinik dimana pasien itu berobat.

Untuk waktu penyediaan rekam medik pasien rawat inap pasien lama 5.17 menit dan rawat inap pasien baru 4 menit.

Hal ini menunjukkan bahwa waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan sudah memenuhi standar, yakni  $\leq 15$  menit. Sedangkan waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap baik untuk pasien lama maupun pasien baru sudah sesuai dengan standart  $\leq 10$  menit. Hal ini menunjukkan kinerja petugas di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ), Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap dan petugas Filing sudah sangat baik.

#### **O. PENGELOLAAN LIMBAH**

Dari hasil analisa kimia terhadap air limbah rumah sakit menunjukkan bahwa hasil outletnya konsentrasi senyawa pencemar BOD  $< 2$  mg/L, sedangkan baku mutunya 30mg/L. Ini menunjukkan bahwa hasil analisisnya sudah sesuai dengan baku mutu, begitu juga dengan COD  $< 10$  mg/L sedangkan baku mutunya 100mg/L, dari hasil analisa tersebut sudah sesuai dengan parameter yang dipersyaratkan.

Hasil pemeriksaan kimia dengan parameter padatan tersuspensi (TSS) sebanyak  $< 29$  mg/L, hasil ini sesuai dngan standar baku mutu ( 30 mg/L), yang berarti tingkat kekeruhan air limbah dalam posisi baik. Sedangkan untuk PH 8,49 dan ini sesuai standart baku mutu ( 6,0-9,0 ).

Pengelolaan limbah padat infeksius triwulan keempat sejumlah 100 % sesuai prosedur, artinya masih ada sisa limbah padat berbahaya (sampah medis) yang di simpan di tempat penyimpanan sementara yang memiliki izin, hal ini dikarenakan alokasi anggaran untuk pengolahan limbah padat medis ke pihak ke 3 terbatas, dan juga RSTN telah memiliki insenerator namun belum ber izin sehingga belum bisa dimanfaatkan.

#### **P. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN**

Kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit ditandai dengan tindak lanjut penyelesaian hasil permasalahan pada bidang masing masing yang menunjukkan angka 100% meningkat jika dibandingkan dengan triwulan ketiga yakni 100%, dari standar 100%.

Akuntabilitas Kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik . Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indicator - indicator yang ada pada SPM ( Standart Pelayanan Minimal ), indicator - indicator kinerja pada rencana strategi bisnis rumah sakit dan indicator - indicator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah . Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 1 tahun sekali, sehingga pada triwulan tiga tidak dapat di nilai dan akan dilakukan penilaian pada triwulan empat.

Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat dan berkala tergambar pada kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai. Bagian kepegawaian telah dengan baik melaksanakan tugasnya dalam pengurusan gaji berkala dan kenaikan pangkat. Hal ini dapat dilihat dari hasil yang dicapai sebanyak 100 %.

Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun menggambarkan kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia, walaupun belum mencapai target, namun RSUD TN terus berupaya dalam hal pemenuhan diklat untuk sumber daya manusia RSUD TN.

Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit dapat dilihat pada Cost recovery, yaitu jumlah pendapatan fungsional dan jumlah pembelanjaan operasional. Untuk Rumah Sakit Umum Daerah Tani Nelayan cost recovery sebesar 1,96%, hal ini menandakan bahwa tingkat kesehatan keuangan RS baik.

Penyusunan laporan keuangan sudah dilakukan sesuai permintaan, baik itu meliputi realisasi anggaran dan arus kas, yang harus di selesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya yang di buktikan dengan hasil yang di capai yaitu 0,57%, dari capaian ini tergambar bahwa masih adanya laporan keuangan yang dibuat belum tepat waktu.

Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap menggambarkan kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap < 1 jam, yaitu waktu mulai pasien dinyatakan boleh/berkeinginan pulang sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien, dimana informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan hanya 15 menit. Ketepatan

waktu pemberian insentif/imbalan sesuai kesepakatan waktu menggambarkan kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan yang diberikan sesuai dengan kinerja yang dicapai, dimana untuk rumah sakit umum daerah tani dan nelayan sudah sesuai kesepakatan waktu (100%).

#### **Q. AMBULANCE/KERETA JENAZAH**

Pelayanan ambulance/kereta jenazah sudah 24 jam, artinya setiap saat dibutuhkan, ambulance siap ditempat. Dalam pemberian layananpun hasilnya sudah memenuhi standar, yaitu 30 menit Tahun 2021 hasil yang di capai 11,40 menit.

Bila masyarakat membutuhkan ambulance untuk menjemput di dalam kota, waktu yang digunakan rata rata 5 menit.

#### **R. PEMULASARAN JENAZAH**

Saat ini RSTN memiliki ruang jenazah sudah pada pemulasaran jenazahdedngan capaian 25 menit,hal ini dikarenakan peralatan untuk kegiatan tersebut sudah di miliki oleh RSTN.

#### **S. PEMELIHARAAN SARANA RS**

Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSR) sudah berusaha untuk menanggapi permasalahan kerusakan alat yang ada Yaitu mulai laporan alat rusak diterima sampai petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk di tindak lanjuti maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah di tanggapi yaitu sebanyak 100% hal ini sudah sesuai dengan standar harus  $\geq 100\%$ .

IPSR masih sangat kurang dalam melakukan pemeliharaan alat yaitu hanya 25% hal ini masih sangat kurang dari standar 100%, ini di akibatkan karena keterbatasan tenaga elektromedik, kurangnya keterampilan petugas,serta petugasnya yang bekerja rangkap sehingga tidak focus pada tupoksinya. Pengkalibrasian alat tetap di lakukan satu kali setahun oleh BPFK makasar . Pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan

( BPFK ) dilakukan sesuai jadwal untuk kalibrasi alat kesehatan secara keseluruhan dilakukan setiap setahun sekali yakni pada triwulan empat.

## **T. PELAYANAN LAUNDRY**

Pelayanan laundry, dalam hal ini tidak pernah ada linen yang hilang selama pengambilan data demikian juga dengan waktu pengambilan linen untuk ruang rawat inap selama pengambilan data ini selalu tepat waktu yaitu 100%.

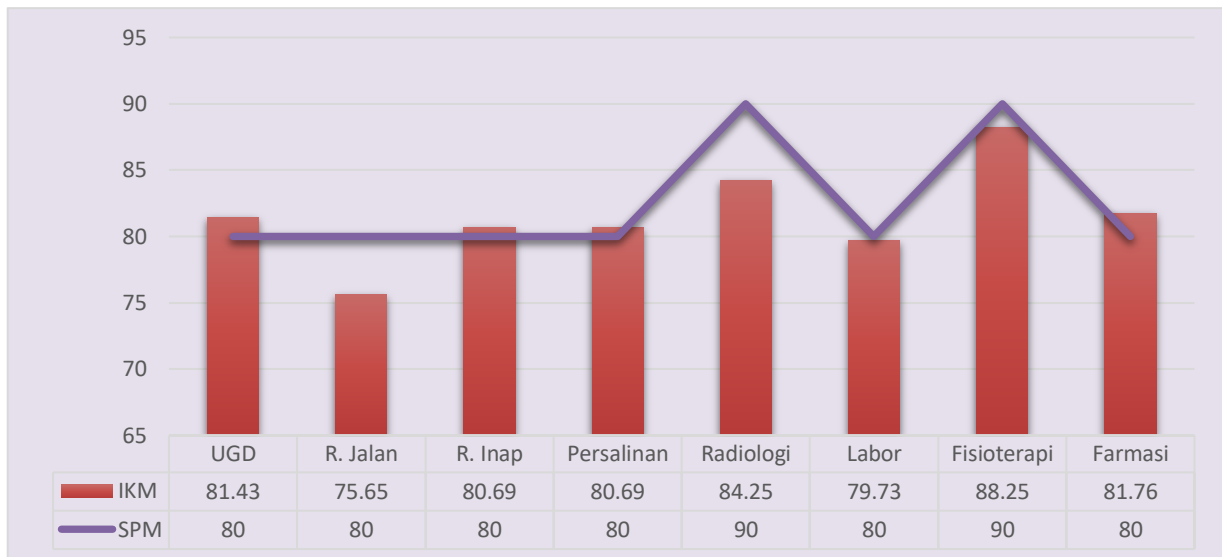
## **U. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**

Rumah sakit Tani dan Nelayan telah memiliki tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Hal yang paling utama jika kontak langsung dengan pasien adalah penerapan Hand Hygiene serta Penggunaan APD, sehingga dapat meminimalisir kejadian - kejadian infeksi di RSUD Tani dan Nelayan.

## **V. KEPUASAN PELANGGAN**

Hasil survey IKM didapatkan bahwa Indeks Kepuasan Masyarakat Tahun 2021 Triwulan keempat didapatkan sebagai berikut :

**Grafik 4.1.**  
**Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat Triwulan Empat Tahun 2021**



**Grafik 1. Nilai IKM unit pelayanan di RSUD-TN**

Dari grafik di atas terlihat bahwa unit pelayanan medis maupun unit penunjang medis rata-rata mencapai atau memenuhi kriteria kinerja unit pelayanan *baik*, karena berada pada nilai interval konversi IKM = 75,65 – 88,25

### PENCAPAIAN SPM

Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal RSUD Tani dan Nelayan yang telah ditetapkan terdapat **133** item standar yang harus dilaksanakan setiap tahun. Dari 90 item standar tersebut RSUD Tani dan Nelayan telah mencapai **116** item standar atau **1,14 %** pada Triwulan empat sama jika dibandingkan dengan triwulan tiga yg hasil capainya sebesar **1,14%**. dan Adapun hasil pencapaian standar tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4.2.**  
**Presentase Capaian SPM RSUD Tani Dan Nelayan**

NO	UNIT	ITEM	CAPAIAN SPM BERDASARKAN	
			STANDAR 2021	CAPAIAN Triwulan



IV2021				
1	Gawat Darurat	9	9	8
2	Rawat Jalan	18	18	10
3	Rawat Inap	20	20	16
4	Bedah Sentral	7	7	7
5	Persalinan	15	15	13
6	Intensif	3	3	3
7	Radiologi	4	4	4
8	Laboratorium	9	9	9
9	Rehab Medik	3	3	3
10	Farmasi	6	6	6
11	Gizi	6	6	6
12	Transfusi Darah	2	2	2
13	Pelayanan GAKIN	1	1	1
14	Rekam Medik	3	3	3
15	Pengelolaan Limbah	5	5	5
16	Adm. dan Manajemen	9	9	9
17	Ambulance/ Kamar Jenazah	3	3	3
18	Pemulasaran Jenazah	1	1	1
19	IPSR	3	3	2
20	Linen	2	2	2
21	PPI	3	3	3
<b>JUMLAH</b>			<b>132</b>	<b>116</b>
<b>Presentase capaian</b>			<b>1,14%</b>	

Analisa Jenis Layanan SPM Berdasarkan Jenis Layanan Tahun 2021

NO	JENIS LAYANAN	INDIKATOR YG TIDAK CAPAI TARGET	ANALISIS
1.	Gawat Darurat	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dlm wkt kurang dari 48 Jam	Sudah tersedia poliklinik kesehatan jiwa tetapi hanya dokter tamu
2.	Rawat Jalan	Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	Sudah tersedia poliklinik kesehatan jiwa tetapi RS ini bukan RS Jiwa
3.	Rawat Inap	1. Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rs yg memberikan pelayanan jiwa	Belum tersedia ruang perawatan Jiwa

		<p>2. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri</p> <p>3. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dlm waktu kurang dari 1 bulan</p> <p>4. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa</p>	
4.	Bedah Sentral	Capai target	Capai target
5.	Persalinan	Capai target	Capai target
6.	Intensif	Capai target	Capai target
7.	Radiologi	Capai target	Capai target
8.	Laboratorium Patologi Klinik	Capai target	Capai target
9.	Rehabilitasi Medik	Capai target	Capai target
10.	Farmasi	Capai target	Capai target
11.	Gizi	Capai target	Capai target
12.	Transfusi darah	Capai target	Capai target
13.	Pelayanan GAKIN	Capai target	Capai target
14.	Rekam Medik	Capai target	Capai target
15.	Pengelolaan Limbah	Capai target	Capai target
16.	Administrasi dan manajemen	Capai target	Capai target
17.	Ambulance/kereta jenazah	Capai target	Capai target
18.	Pemulasaran Jenazah	Capai target	Capai target
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Capai target	Capai target
20.	Pelayanan Laundry	Capai target	Capai target
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	Capai target	Capai target

## BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

## A. KESIMPULAN

Evaluasi Standar Pelayanan Minimal disusun dengan tujuan untuk memperoleh gambaran sejauhmana penerapan dan pencapaian SPM. Dengan memperhatikan gambaran data-data pencapaian item dari SPM, dapat disimpulkan bahwa :

1. Keberhasilan pelayanan rumah sakit dapat dilihat pada capaian item yang dinilai yaitu sebanyak 133 item dari 21 unit pelayanan. Dimana dari 133 item tersebut **116 item (1,14 %)** telah mencapai target sesuai dengan target SPM Kepmenkes.
2. Kinerja Unit Pelayanan Penunjang Medis maupun Pelayanan Medis terlihat pada Hasil Survey Kepuasan Pelanggan, dimana didapatkan kinerja semua unit layanan di RSUD Tani dan Nelayan berada pada kategori **Baik**.
3. Upaya Kerja Sama dengan Universitas atau RSU di Provinsi Lain maupun kerja sama dengan Kementerian Kesehatan serta dengan dokter spesialis perorangan terus dilakukan dalam rangka untuk Peningkatan Mutu Pelayanan.

## B. SARAN

Dari uraian di atas, maka perlu dilakukan upaya-upaya sebagai berikut :

1. Melakukan monitoring dan evaluasi Standar Pelayanan Minimal secara berkala yaitu setiap triwulan.
2. Membuat skala prioritas pemecahan masalah terkait dengan pencapaian target Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
3. Membuat rekomendasi tindak lanjut terhadap unit yang belum mencapai standar SPM.