



**LAPORAN PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR
TAHUN 2024**



**Sumatera Desa Cahaya Batin Kecamatan Semidang Gumay
Kab. Kaur 38561**

Email : rsudkaur.cbtcn@gmail.com

LAPORAN PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD KAUAR TAHUN 2024

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	PENCAPAIAN	KETERANGAN (ALASAN TIDAK TERCAPAI)
1.	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan gawat darurat 2. Kemampuan Menangani <i>Live Saving</i> di IGD 3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat 6. Kepuasan pelanggan 7. Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	1. 24 jam 2. 100% 3. 100% 4. 1 tim 5. $\leq$ 5 menit 6. $\geq$ 70% 7. $\leq$ 2% 8. 100%	1. 24 jam 2. 100% 3. 100% 4. 1 tim 5. 2 menit 6. 79% 7. 1% 8. 100%	
2.	Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis . 2. Pemberi pelayanan di poli psikologis klinis 3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan 4. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan . 5. Waktu tunggu di rawat jalan 6. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan 7. Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS 8. Penegakan Diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberculosis 9. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. $\leq$ 60 menit 6. $\geq$ 80% 7. 100% 8. $\geq$ 60% 9. $\geq$ 60%	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. 45 menit 6. 82% 7. 100% 8. 80% 9. 100%	10. Penegakan diagnosis TB kadang Sudah Dilakukan di Puskesmas karena salah satu Puskesmas telah memiliki TCM
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat inap 2. Dokter penanggung jawab pasien 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah, syaraf, Gigi Spesialis Prostodonti, Anaesthesi) 4. Jam visite Dokter Spesialis	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100%	1. 100% 2. 100% 3. 85% 4. 100%	3.Karena belum tersedianya dr.gigi spesialis prostodonti

		5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/Kematian 6. Kematian >48jam 7. Kejadian pulang paksa 8. Kepuasan pelanggan 9. Pasien rawat inap tuberculosis yang dilayani dengan strategi DOTS 10 10. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis 11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	5. 100% 6. ≤0,24% 7. ≤5% 8. ≥80% 9. ≥60% 10. ≥60% 11. ≥60%	5. 100% 6. 0,1% 7. 1% 8. 82% 9. 85% 10. 80% 11. 100%	10. Penegakan diagnosis TB kadang Sudah Dilakukan di puskesmas karena salah satu Puskesmas telah memiliki TCM
4.	Kamar Operasi	1. Waktu Tunggu Operasi Elektif 2. Kejadian kematian dimeja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	1. ≤2 hari 2. ≤1% 3. ≤1% 4. 100% 5. 100% 6. 100% 7. ≤6%	1. 1 hari 2. 0% 3. 0% 4. 100% 5. 100% 6. 100% 7. 0%	
5.	Persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Pelayanan persalinan melalui SC	1. Perdarahan ≤1% Eklamsi ≤30% Sepsis ≤0,2% Partus lama ≤20% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. ≤6%	1. 0% 5% 0% 5% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. 3%	
6.	Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100%	100%	
7.	Keluarga Berencana	1. Presentasi KB Vasektomi dan Tubektomi 2. Presentasi persalinan melalui SC	1. 100% 2. 100%	1. 100% 2. 100%	

8.	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan intensif	1. ≤3% 2. 100%	1. 0% 2. 100%	
9.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax 2. Pelaksana eksperti hasil pemeriksaan rontgen 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. Kepuasan Pelanggan	1. ≤3 jam 2. 100% 3. ≤2% 4. ≥80%	1. 1 jam 2. 100% 3. 0% 4. 81%	
10.	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 140 menit 2. Pelaksana eksperti hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp.PK 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. ≥80%	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 82%	Belum ada pelayanan fisioterapis
11.	Fisioterapi	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Fisioterapi yang direncanakan. 2. Tidak adanya kesalahan tindakan fisioterapi 3. Kepuasan Pelanggan	1. ≤ 5 % 2. 100% 3. >80%	-	
12.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit 3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat 4. Kepuasan pelanggan 5. Penulisan resep sesuai formularium	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 85% 5. 100%	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 87% 5. 100%	
13.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak ada kesalahan dalam pemberian diet	1. ≥90% 2. ≤20% 3. 100%	1. 95% 2. 10% 3. 100%	
14.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi tranfusi	1. 100% 2. ≤0,01 %	1. 100% 2. 0%	
15.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi	1. 100% 2. 100%	1. 100% 2. 100%	

		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit	3. 100% 4. 100%	3. 100% 4. 100%	
16.	BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	
17.	Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair: - BOD - COD - TS - Ph 2. Pengolahan Limbah Padat infeksius sesuai aturan	1. < 30 mg/l - < 30 mg/l - < 30 mg/l - 6-9 2. 100%	1. - 26 mg/l - 27 mg/l - 28 mg/l - 7 2. 100%	
18.	Administrasi Manajemen	1. Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif)	1. ≤ 2 Hari 2. ≤ 1 bulan 3. 100% 4. 100% 5. ≥ 80% 6. ≥ 40% 7. 100% 8. ≤ 2 jam 9. 100%	1. 1 Hari 2. 15 Hari 3. 100% 4. 100% 5. 30% 6. 75% 7. 100% 8. 30 menit 9. 100%	5. Pelatihan dilaksanakan tergantung anggaran
19.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance jenazah 24 jam 2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance di Rumah Sakit < 30 menit	1. 100% 2. 100%	1. 100% 2. 100%	
20.	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap pelayanan Pemulasaran Jenazah < 2jam	100%	100%	
21.	Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit	1. 100% 2. 100%	1. 100% 2. 100%	

22.	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat. 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan Kalibrasi	1. $\geq 80\%$ 2. 100% 3. 100%	1. 82% 2. 100% 3. 100%	
23.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota TIM PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap Instalasi 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Associated Infection) di Rumah Sakit. 4. Kejadian Infeksi Pasca Operasi . 5. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial 6. Angka Kejadian Luka Dekubitus 7. Angka Kejadian Flebitis	1. $\geq 75\%$ 2. $\geq 60\%$ 3. $\geq 75\%$ 4. $\leq 1,5\%$ 5. $\leq 1,5\%$ 6. $\leq 2\%$ 7. $\leq 2\%$	1. 76% 2. 70% 3. 80% 4. 0,5% 5. 0% 6. 0% 7. 0%	4. Ada beberapa pasien yang tidak sesuai jadwal kontrol.

Bintuhan, 06 Januari 2024
 Direktur RSUD Kaur



dr. Naek Subroto Sinaga
 NIP.19750431 200604 1 007