**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Solok adalah Rumah Sakit kelas B merupakan Rumah Sakit rujukan untuk wilayah Solok dan sekitarnya. Dalam perjalanannya berbagai upaya telah dilakukan untuk merubah citra pelayanan RSUD Solok.

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dan berorientasi pada hasil yang memu askan. Perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medis saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayananannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa.

Sebagai tolak ukur dan mengontrol kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan di RSUD Solok di gunakan Standar Pelayanan Minimal (SPM).Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

Penyusunan SPM di RSUD Solok, mengikuti bentuk SPM yang diatur dalam SK Menkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tanggal 6 Februari 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang mencakup standar penyelenggaraan pelayanan manajemen Rumah Sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Barat No : 32 Tahun 2013 Tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD Solok, SPM wajib dilaksanakan oleh RSUD Solok untuk meningkatakan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan yang bermutu dan terjangkau, penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM dilaksanakan melalui penerapan standar pelayanan RSUD Solok dibawah koordinasi instalasi-instalsi dan komite medis RSUD Solok, SPM RSUD Solok wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan. Laporan penerapan dan pencapaian SPM dilakukan setiap tahun anggaran.

1. **Tujuan**
2. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Solok

1. Tujuan Khusus
2. Memantau penerapan dan pencapaian SPM RSUD Solok
3. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan sesuai standar
4. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan yang bermutu

**BAB II**

**KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT DAN SURVEILANS MUTU**

1. **KEGIATAN POKOK**
2. **INSTALASI GAWAT DARURAT**

Standar Pelayanan Minimal di Instalasi Gawat Darurat memilki delapan indikator :

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa
2. Jam buka pelayanan gawat darurat
3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih
4. Ketersedian Tim penanggulangan bencana
5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
6. Kepuasan pelanggan
7. Kematian pasien ≤24 jam
8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
9. **RAWAT JALAN**

SPM untuk rawat jalan terdiri dari tujuh indikator :

1. Dokter pemberi pelayanan di poli klinik spesialis
2. Ketersedian pelayanan Rawat Jalan
3. Jam buka pelayanan
4. Waktu tunggu di rawat jalan
5. Kepuasan pelanggan rawat jalan
6. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
7. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di Rumah sakit
8. **RAWAT INAP**

Standar Pelayanan Minimal di Rawat inap

1. Pemberi pelayanan rawat inap
2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
3. Ketersediaan pelayanan rawat inap
4. Jam visite dokter spesialis
5. Kejadian infeksi pasca Operasi
6. Angka kejadian infeksi nosokomial
7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
8. Kematian pasien ≥ 48 jam
9. Kejadian Pulang paksa
10. Kepuasan pelanggan rawat inap
11. Pasien rawat inap TB paru
12. **Bedah Sentral**
13. Waktu tunggu operasi elektif < 7 hari
14. Kejadian kematian di meja operasi
15. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
16. Tidak adanya kejadian operasi salah orang
17. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
18. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing atau lain pada tubuh pasien setelah operasi
19. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penetapan endrotrakheal tube
20. Follow up pre, durante dan post operasi
21. **Persalinan perinatologi**
22. Kejadian kematian ibu karena persalinan
23. Pemberi pelayanan persalinan normal
24. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
25. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
26. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
27. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
28. Keluarga Berencana
29. Kepuasan pelanggan
30. **Intensif (ICU)**

Standar pelayanan minimal ICU terdiri dari tiga indikator yaitu:

1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama<72 jam.
2. Pemberi pelayanan Unit Intensif
3. Keluarga yang mendapatkan penjelasan perkembangan pasien secara adekuat
4. **Instalasi Radiologi**

Berdasarkan SPM Instalasi Radiologi terdiri dari 5 indikator

1. Waktu tunggu hasil pelayanan (*thorax foto*) radiologi
2. Pelaksanaan ekspertise
3. Kejadian kegagalan pelayanan radiologi
4. Kepuasaan pelanggan
5. Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan
6. **Labor Patologi Klinik**

Berdasarkan standar pelayanan minimal pelayanan labor patologi klinik terdiri dari lima indikator :

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
2. Pelaksanaan ekspertisi
3. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
4. Kepuasan pelanggan
5. **Instalasi Rehabilitasi Medik**

Standar pelayanan minimal di instalasi rehabilitasi medik terdiri dari 4 (empat) indikator :

1. Kejadian *Drop Out & Loss to Follow* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan
2. Tidak adanya kejadian kesalahan tidakan rehabilitasi medik
3. Kepuasan pelanggan
4. Penanganan konsul oleh dokter spesialis RM
5. **Farmasi**

Standar pelayanan minimal pada instalasi farmasi terdiri dari 5 (lima) indikator :

1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi dan obat racikan
2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
3. Kepuasan pelanggan
4. Penulisan resep sesuai formularium
5. Ketersedian obat yang terstandarisasi
6. **Gizi**

Standar pelayanan minimal gizi terdiri dari 3(tiga) indikator :

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal
2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
4. **Pelayanan Transfusi Darah**

Standar pelayanan minimal pelayanan tranfusi darah terdiri dari 2(dua) indikator :

1. Terpenuhinya kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
2. Kejadian reaksi tranfusi darah
3. **Pelayanan GAKIN**

Standar pelayanan minimal pelayanan tranfusi darah terdiri dari 1(satu) indikator :

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RSUD Solok pada setiap unit layanan
2. **Rekam Medik**

Standar pelayanan minimal Rekam Medik terdiri dari 4(empat)indikator :

1. Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan
2. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas
3. Kecepatan penyedian dokumen Rekam Medis pelayanan rawat jalan dan IGD
4. Kecepatan penyelesaian dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap
5. **Instalasi Pengelolaan Limbah**

Standar pelayanan minimal Rekam Medik terdiri dari 2 (dua) indikator :

1. Baku mutu limbah cair
2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
3. **Abulance/Kereta Jenazah**

Standar pelayanan minimal ambulance/kereta jenazah terdiri dari tiga indikator :

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Waktu pelayanan ambulan di RSUD Solok yaitu 24 jam. Hal ini telah sesuai dengan standar pelayanan minimal.

1. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit
2. Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
3. **Pemulasaran jenazah**

Standar pelayanan minimal pemulasaran jenazah terdiri dari 1 (satu) indikator:

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
2. **Pelayanan Laundry**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 4(empat) indikator :

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang
2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
3. Tingkat komplain atas kwalitas hasil cucian
4. Ketepatan delivery
5. **Pelayanan Pemeliharaan sarana Rumah Sakit**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 3(tiga) indikator :

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
4. **Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 3(tiga) indikator :

1. Ada anggota tim PPI yang terlatih
2. Tersedia APD (Alat Perlindungan Diri) disetiap instalasi/departement
3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial di RSUD Solok
4. **Hemodialisa**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 2(dua) indikator :

1. Pencapaian HD adekuat minimal 60%
2. Kecepatan penanganan komplikasi maksimal 5 menit
3. **Administrasi dan Manajemen**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 9(sembilan) indikator :

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan dengan direksi
2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
3. Ketepatan waktu pengusulan keanaikan gaji
4. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
5. Cost recovery
6. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
7. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
8. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
9. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun
10. **KEGIATAN**
11. Melakukan sosialisasi kepada seluruh staf di instalasi/ unit kerja tentang indiaktor SPM yang dipantau
12. Melakukan pemantauan indikator dan surveilans SPM
13. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator dan surveilans SPM
14. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator dan surveilans SPM
15. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator dan surveilans SPM
16. **JADWAL KEGIATAN**
17. Sosialisasi ulang kepada seluruh staf di instalasi/ unit kerja tentang indiaktor SPM yang dipantau tanggal 5 Januari 2017
18. Pemantauan indikator SPM dilakukan mulai bulan januari 2017
19. Pengumpulan data indikator dan tabulasi data hasil pemantauan dilakukan setiap bulan
20. Pemaparan hasil pemantauan indiaktor dan surveilans SPM setiap bulan April, Juli, Oktober dan Desember 2017.
21. Penyusunan laporan evaluasi oleh Komite Mutu Rumah Sakit pada setiap bulan April, Juli, Oktober dan Desember 2017.
22. **PENCATATAN DAN PELAPORAN**

Data hasil pemantauan yang ditulis pada Form Pemantauan Indikator SPM dan dikumpulkan di Komite Mutu dengan dilengkapi tindak lanjut dari setiap unit kerja atau instalasi, apabila indikator SPM tidak mencapai target yang telah ditetapkan tindak lanjut yang dilakukan ini kemudian akan dievaluasi ulang untuk melihat apakah proses perbaikan sudah terlaksana atau tidak.

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada Direktur setiap 3 bulan sekali dalam Rapat Evaluasi Triwulan. Disamping itu evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang disampaikan / dilaporkan kepada Direktur dalam Rapat Direksi.

**BAB III**

**HASIL KEGIATAN**

1. **INSTALASI GAWAT DARURAT**
2. **Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa**

Interprestasi :

Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu bentuk tindakan untuk keselamatan bagi pasien yang mengalami keadaan yang gawat dan darurat. Berdasarkan data diatas terlihat dari Januari- Desember 2018 angka kemampuan menangani life saving telah memenuhi standar yang ditetapkan

1. **Jam buka pelayanan gawat darurat**

Interprestasi :

Pelayanan Gawat Darurat memberikan pelayanan selama 24 jam sesuai dengan standar yang ditetapkan.

1. **Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku**

Interprestasi :

Berdasarkan data diatas terlihat dari bulan Januari - Desember 2018, pemberian pelayanan kegawat daruratan dilakukan oleh petugas yang bersertifikat ATLS/BTCLS/ACLS/PPGD

1. **Ketersedian Tim penanggulangan bencana**

|  |  |
| --- | --- |
| **Standar** | **Hasil Evaluasi** |
| Satu Tim | Satu Tim |

Interprestasi :

Berdasarkan data diatas terlihat dari bulan Januari - Desember 2018, IGD memiliki 1(satu) tim penanggulangan bencana

1. **Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat**

Interpretasi :

Berdasarkan data di atas terlihat dari bulan Januari - Desember, terjadi pencapaian dibawah 1 (satu) menit pada bulan Juli – September, sementara standar yang ditetapkan adalah < 5 menit.

1. **Kepuasan pelanggan pada gawat darurat**

Kepuasan pelanggan berdasarkan hasil survey IKM tahun 2018 pencapaian hasil kepuasan pelanggan telah melebihi standar, yaitu 88,95% dari ≥70% dari standar yang ditetapkan

1. **Kematian pasien ≤24 jam**

Interprestasi :

Berdasarkan data diatas terlihat kematian ≤ 24 jam belum mencapai standar yang ditetapkan ≤2 perseribu, kecuali pada bulan Februari sebesar 0,66%

1. **Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka**

Interprestasi :

Berdasarkan data diatas pasien tidak pernah diharuskan untuk membayar uang muka sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan

1. **RAWAT JALAN**
2. **Dokter pemberi pelayanan di poli klinik spesialis**

Interprestasi :

Berdasarkan data dari bulan Januari- Desember 2018 pemeriksaan pasien yang datang ke poliklinik spesialis dilakukan oleh dokter spesialis.

1. **Ketersedian pelayanan Rawat Jalan**

Interprestasi :

Berdasarkan data dari bulan Januari- Desember 2018 RSUD Solok telah memiliki 14 pelayanan rawat jalan spesialistik, melebihi standar minimal 5 jenis pelayanan.

1. **Jam buka pelayanan sesuai ketentuan**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas telah menunjukan pencapaian sesuai dengan standar yaitu pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis dilakukan mulai jam 08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja kecuali jumat.

1. **Waktu tunggu di rawat jalan**

Interprestasi :

Berdasarkan data dari grafik diatas, terlihat bulan Februari, Oktober, November dan Desember sudah mencapai standar yang ditetapkan yaitu ≤ 60 menit.

1. **Kepuasan pelanggan rawat jalan**

Berdasarkan hasil survey IKM tahun 2018 pencapaian hasil kepuasan pelanggan berada dibawah standar ≥90%, yaitu 86,64%.

1. **Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB**

Interprestasi :

Berdasarkan data diatas diagnosis TB ditegakan melalui pemeriksaan mikroskopis TB, hal ini sudah sesuai dengan standar ≥60%.

1. **Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di Rumah sakit**

Interprestasi :

Berdasarkan data dari Januari-Desember 2018 kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di Rumah Sakit sudah melebihi standar ≥60% yaitu 100%.

1. **RAWAT INAP**
2. **Pemberi pelayanan rawat inap**

Interprestasi :

Berdasarkan data dari grafik diatas pemberi pelayanan rawat inap 100% adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten

1. **Dokter penanggung jawab pasien rawat inap**

Interprestasi :

Berdasarkan data diatas penanggung jawab rawat inap adalah dokter, yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien, didapatkan hasil capaian sesuai standar

1. **Ketersediaan pelayanan rawat inap**

Interprestasi :

Berdasarkan data diatas ketersediaan pelayanan rawat inap minimal di RSUD Solok telah terpenuhi

1. **Jam visite dokter spesialis**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas, visite dokter spesialis setiap hari kerja belum sesuai dengan ketentuan waktu antara jam 08.00 s.d 14.00, yaitu capaian tertinggi 83% pada bulan Februari.

1. **Kejadian infeksi pasca Operasi**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas kejadian infeksi pasca operasi adalah 0.

1. **Angka kejadian infeksi nosocomial**

Interprestasi :

Berdasarkan data dari grafik diatas, kejadian infeksi nasokomial di rumah sakit adalah 0.

1. **Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas tidak ada pasien yang terjatuh yang berakibat kecacatan dan kematian selama pasien dirawat.

1. **Kematian pasien ≥ 48 jam**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas, Kematian pasien ≥ 48 jam belum mencapai standar, yaitu paling tinggi 13,50% pada bulan November dan paling rendah 0,6% pada bulan Januari.

1. **Kejadian Pulang paksa**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas, kejadian pulang paksa sudah berada dibawah standar ≤5%, walaupun masih ada kejadian pulang paksa yaitu tertinggi pada bulan Januari yaitu 1,75%

1. **Kepuasan pelanggan rawat inap**

Berdasarkan hasil survey IKM tahun 2018 pencapaian hasil kepuasan pelanggan berada dibawah standar, yaitu 89,35% dari target ≥90%.

1. **Pasien rawat inap TB paru**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis sudah mencapai standar

1. **BEDAH SENTRAL**
2. **Waktu tunggu operasi elektif < 7 hari**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, waktu tunggu operasi elektif mencapai standar ≤ 2 hari pada bulan September – Desember.

1. **Kejadian kematian di meja operasi**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlansung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan terjadi pada bulan Juni yaitu 0,3% tapi secara keseluruhan sudah mencapai standar, untuk selanjutnya akan terus dilakukan pemantauan.

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

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas kejadian operasi salah sisi hasil pencapaian sudah sesuai dengan standar 100%.

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

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian tidak adanya kejadian operasi salah orang sudah sesuai dengan standar 100%

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

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian tidak adanya salah tindakan pada operasi sudah sesuai dengan standar 100%.

1. **Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing atau lain pada tubuh pasien setelah operasi**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian peralatan operasi sebelum dan sesudah operasi telh sesuai dengan standar 100%.

1. **Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penetapan endrotrakheal tube**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube* telah sesuai dengan standar ≤6%.

1. ***Follow up pre, durante dan post operasi***

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian Follow up pre, durante dan post operasi telah sesuai dengan standar 100%

1. **KAMAR BERSALIN**
2. **Kejadian kematian ibu karena persalinan**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian angka kematian ibu karena persalinan telah sesuai dengan standar 0%

1. **Pemberi pelayanan persalinan normal**

Interpretasi:

Pemberi pelayanan persalinan normal yang dimaksud adalah dokter SPOG, dokter Umum terlatih dan bidan. Berdasarkan data diatas terlihat angka memuhi standar.

1. **Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit visite dokter spesialis setiap hari kerja belum sesuai dengan standar 100%, capaian terendah 38% pada bulan Desember.

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

Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi yang dimaksud adalah dokter SPOG, doter spesialis anak dan dokter spesialis anastesi. Data dikumpulkan melalui kepegawaian Berdasarkan data diatas belum adanya dokter anak dalam tindakan operasi pelayanan persalinan.

1. **Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian kemampuan petugas dalam menangani bayi yang lahir dengan berat badan 1500-2500 gram sesuai dengan standar 100%.

1. **Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas, tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi belum mencapai standar ≤20%, angka tertinggi pada bulan Januari yaitu 80,6%

1. **Keluarga Berencana**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas hasil pencapaian KB telah sesuai dengan standar 100%.

1. **Kepuasan pelanggan**

Interprestasi :

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan  terhadap pelayanan yang diberikan dengan standar ≥80%. Berdasarkan  data diatas terdapat pencapaian hasil 87,13%. Hal ini dilakukan berdasarkan hasil kuesioner yang telah  disebarkan oleh tim mutu di pelayanan bedah sentral.

1. **Intensif (ICU)**
2. **Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama<72 jam.**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas, Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72% belum mencapai standar, yaitu paling tinggi 10% pada bulan april.

1. **Pemberi pelayanan Unit Intensif**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas Pemberi pelayanan intensif telah sesuai dengan standar 100% ditangani oleh dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani

1. **Keluarga yang mendapatkan penjelasan perkembangan pasien secara adekuat**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas kejelasan perkembangan pasien kepada keluarga telah sesuai dengan standar 100%

1. **INSTALASI RADIOLOGI**
2. **Waktu tunggu hasil pelayanan (*thorax foto*) radiologi**

Interpretasi:

Berdasarkan data dari grafik diatas waktu tunggu pelayanan radiologi mencapai angka 1 jam, angka ini telah mencapai standar ≤3 jam.

1. **Pelaksanaan ekspertise**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas pelaksanaan ekspertise 100% dilakukan oleh dokter spesialis radiologi.

1. **Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas kejadian Kegagalan pelayanan rontgen 0,8% hasil pencapaian sudah sesuai dengan standar ≤20%.

1. **Kepuasaan pelanggan**

Berdasarkan hasil survey kepuasan masyarakat tahun 2018, kepuasan pelanggan di ruang radiologi mencapai 95,88%, angka ini telah melampaui target ≥80%

1. **Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas penundaan pelaksanaan foto terhadap pasien yang telah direncanakan radiologi sebesar 1% hasil pencapaian sudah sesuai dengan standar ≤10%.

1. **LABOR PATOLOGI KLINIK**

Berdasarkan standar pelayanan minimal pelayanan labor patologi klinik terdiri dari lima indikator :

1. **Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas, Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium telah mencapai standar ≤140 menit, angka tertinggi pada bulan maret yaitu 59 menit, angka terendah 20 menit pada bulan Desember

1. **Pelaksanaan ekspertisi**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas pelaksanaan ekspertise telah dilakukan 100% oleh dokter patologi klinik.

1. **Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium**

Interprestasi :

Berdasarkan data grafik diatas tidak ada kesalahan dalam pemberian hasil pemeriksaan laboratorium sehingga angka dapat mencapai 100%

1. **Kepuasan pelanggan**

Berdasarkan hasil survey kepuasan masyarakat tahun 2018, kepuasan pelanggan di Instralasi Laboratorium mencapai 95,50%, angka ini telah melampaui target ≥80%

1. **Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun <5 kasus**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas pada tahun 2018 tidak ada permintaan tinjau ulang dari klinisi, sehingga bisa mencapai nilai indikator ≤80%.

1. **INSTALASI REHABILITASI MEDIK**

Standar pelayanan minimal di instalasi rehabilitasi medik terdiri dari 4 (empat) indikator :

1. **Kejadian *Drop Out & Loss to Follow* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, Kejadian *Drop Out & Loss to Follow* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan telah mencapai standar ≤50 %, angka tertinggi pada bulan Februari yaitu 4,8%,

1. **Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas tidak ada kesalahan dalam pemberian tindakan rehabilitasi sehingga telah mencapai standar 100%

1. **Kepuasan pelanggan**

Berdasarkan hasil survey kepuasan masyarakat tahun 2018, kepuasan pelanggan di Instralasi Rehabilitasi Medik mencapai 96,88%, angka ini telah melampaui target ≥80%

1. **Penanganan konsul oleh dokter spesialis Rehabilitasi Medik**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, penanganan konsul oleh dokter spesialis di ruang rehabilitasi medik telah mencapai standar 100 sejak bulan Juli hingga desember

1. **FARMASI**

Standar pelayanan minimal pada instalasi farmasi terdiri dari 5 (lima) indikator :

1. **Waktu tunggu pelayanan**
2. obat jadi

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, waktu tunggu pelayanan obat jadi telah mencapai standar ≤30 menit pada bulan oktober hingga desember.

1. Obat racikan

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, waktu tunggu pelayanan obat racikan telah mencapai standar ≤60 menit, dan mengalami peningkatan pada bulan januari dan april.

1. **Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas tidak ada kesalahan dalam pemberian obat pasien sehingga telah mencapai standar 100%

1. **Kepuasan pelanggan**

Berdasarkan hasil survey kepuasan masyarakat tahun 2018, kepuasan pelanggan di Instralasi Rehabilitasi Medik mencapai 88,22%, angka ini telah melampaui target ≥80%

1. **Penulisan resep sesuai formularium**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, ditemukan data penulisan resep sesuai formularium belum mencapai target 100% , tertama angka terendah pada bulan mei yaitu sebesar 96%.

1. **Ketersedian obat yang terstandarisasi**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, ketersediaan obat yang terstandarisasi belum mencapai standar 100%, angka terendah pada bulan desember sebesar 87%, dan paling tinggi pada bulan agustus sebesar 99%

1. **GIZI**

Standar pelayanan minimal gizi terdiri dari 3(tiga) indikator :

1. **Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah sesuai standar ≥90%, angka tertinggi mencapai 99% pada bulan agustus, oktober dan desember.

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

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, ditemukan data dengan hasil belum mencapai standar yang ditetapkan yaitu melebihi 20% pada bulan januari hingga bulan september.

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

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas tidak ada kesalahan dalam pemberian diet pasien sehingga telah mencapai standar 100%

1. **PELAYANAN TRANSFUSI DARAH**

Standar pelayanan minimal pelayanan tranfusi darah terdiri dari 2(dua) indikator :

1. **Terpenuhinya kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi belum mencapai standar 100%, walaupun ada angka yang melebihi target pada bulan januari dan februari.

1. **Kejadian reaksi tranfusi darah**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas tidak ada kejadian reaksi transfusi sehingga telah mencapai standar 100%

1. **PELAYANAN GAKIN**

Standar pelayanan minimal pelayanan tranfusi darah terdiri dari 1(satu) indikator

1. **Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RSUD Solok pada setiap unit layanan**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas pelayanan terhadap pasien GAKIN telah mencapai standar 100%.

1. **REKAM MEDIK**

Standar pelayanan minimal Rekam Medik terdiri dari 4 (empat )indikator :

1. **Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan**

Interpretasi:

Berdasarkan data di atas terlihat kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dari bulan Januari - Desember terjadi pencapaian dibawah standar100%, angka terendah pada bulan april 22,8%.

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

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, angka kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas masih berada di bawah standar 100% dari bulan januari sampai oktober. Dan mencapai 100% pada bulan november dan desember.

1. **Kecepatan penyedian dokumen Rekam Medis pelayanan rawat jalan dan IGD**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, waktu penyediaan dokumen rekam medik pada pelayanan rawat jalan dan IGD telah berada dibawah standar waktu 10 menit yaitu 5 menit.

1. **Kecepatan penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, waktu penyediaan dokumen rekam medik pada pelayanan inap telah berada dibawah standar waktu 15 menit, terutama pada bulan oktober sampai desember mencapai 5 menit.

1. **INSTALASI PENGELOLAAN LIMBAH**

Standar pelayanan minimal Rekam Medik terdiri dari 2 (dua) indikator :

1. **Baku mutu limbah cair**
2. BOD

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, terlihat Baku mutu limbah cair BOD (Biological Oksygen Demand) telah mencapai standar <30 mg/liter. Angka tertinggi pada bulan desember, 9,95 mg/liter.

1. COD

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, terlihat Baku mutu limbah cair COD (Chemical Oksigen Demand) telah mencapai standar <80 mg/liter. Namun ada yang melebihi standar pada bulan mei sebesar 100 mg/liter.

1. TSS

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, terlihat Baku mutu limbah cair TSS (Biological Oksygen Demand) telah mencapai standar <30 mg/liter. Namun ada yang melebihi standar pada bulan november sebesar 188 mg/liter

1. PH

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, terlihat Ph maksimal Baku mutu limbah cair telah mencapai standar 6-9. Dengan nilai tertinggi pada bulan januari 8,81

1. Amoniak bebas

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, terlihat Baku mutu limbah cair amoniak bebas umumnya belum mencapai standar 0,1 mg/l. Pencapaian standar hanya terjadi pada bulan januari 0,023 dan bulan november 0,078.

1. MPN Coli Form/100ml : 10.000

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, terlihat Baku mutu limbah cair MPN coli form / 100ml umumnya telah mencapai standar 10.000. namun terjadi peningkatan pada bulan maret, juli dan desember.

1. **Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat pengolahan limbah padat infeksius telah 100% sesuai dengan aturan.

1. **ABULANCE/KERETA JENAZAH**

Standar pelayanan minimal ambulance/kereta jenazah terdiri dari tiga indikator :

1. **Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah**

Waktu pelayanan ambulan di RSUD Solok yaitu 24 jam.Hal ini telah sesuai dengan standar pelayanan minimal.

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah telah 100% memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien.

1. **Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas dibutuhkan waktu 15 menit untuk pemeberian pelayanan ambulance/kereta jenazah, angka ini telah berada di bawah target yang ditetapkan, yaitu 30 menit

1. **PEMULASARAN JENAZAH**

Standar pelayanan minimal pemulasaran jenazah terdiri dari 1 (satu) indikator:

1. **Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenzah telah mencapai target 2 jam.

1. **PELAYANAN LAUNDRY**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 4(empat) indikator

1. **Tidak adanya kejadian linen yang hilang**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, kejadian linen yang hilang telah mencapai standar 100 % pada bulan oktober. angka terendah pada bulan januari – februari yaitu 97%.

1. **Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap telah mencapai standar 100% pada bulan juli hingga desember, sebelumnya hanya 99% pada januari dampai juni.

1. **Tingkat komplain atas kualitas hasil cucian**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas, tingkat komplain atas kualitas hasil cucian telah mencapai standar <5%.

1. **Ketepatan delivery**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas mengirim hasil cucian keruangan rawat inap atau instalasi sudah mencapai standar yang ditetapkan yaitu 100%.

1. **PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 3(tiga)indikator :

1. **Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**

Interpretasi:

Berdasarkan data diatas terlihat kecepatan waktu npi kerusakan alat telah mencapai standar yang ditetapkan 80%, dengan angka tertinggi pada bulan oktober sampai desember sebesar 87%.

1. **Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

Interpretasi:

Berdasarkan data diatas terlihat waktu pemeliharaan alat sebesar 82%, angka ini belum mencapai standar yang ditetapkan 100%.

1. **Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi**

Interpretasi:

Berdasarkan data diatas terlihat kalibrasialat ukur yang digunakan dan peralatan laboratorium belum mencapai standar nilai 100%

1. **PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 3(tiga)indikator :

1. **Ada anggota tim PPI yang terlatih**

Interpretasi:

Berdasarkan data diatas terlihat RSUD Solok telah memiliki anggota tim PPI yang terlatih melebihi standar 75%.

1. **Tersedia APD (Alat Perlindungan Diri) disetiap instalasi/department**

Interpretasi:

Berdasarkan data diatas terlihat ketersedian APD (Alat Perlindungan Diri) disetiap instalasi/ruangan telah mencapai standar >60%, bahkan mencapai angka 90% pada bulan juli hingga desember.

1. **Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial di RSUD Solok**

Interpretasi:

Berdasarkan data dari grafik diatas, terlihat sejak bulan juli sampai Desember sudah mencapai standar yang ditetapkan yaitu ≥75%.

1. **HEMODIALISA**

Standar pelayanan minimal hemodialisa terdiri dari 2 (dua) indikator :

1. **Pencapaian HD adekuat minimal 60%**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat capaian HD adekuat telah sesuai dengan standar 100%

1. **Kecepatan penanganan komplikasi maksimal 5 menit**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat telah 100% penanganan komplikasi dilakukan dengan kecepatan kurang dri 5 menit.

1. **ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN**

Standar pelayanan minimal laundry terdiri dari 9(sembilan) indikator :

1. **Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan dengan direksi**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat telah 100% hasil pertemuan managemen langsung ditindak lanjuti sesuai dengan bidang masing-masing.

1. **Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat 100% pengusulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan tepat waktu.

1. **Ketepatan waktu pengusulan keanaikan gaji berkala**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku telah 100% dilakukan tepat waktu.

1. **Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap telah dilakukan melebihi standar 80% .

1. **Cost recovery**

cost recovery RSUD Solok pada tahun 2018 telah melebihi target capaian 40% yaitu 75,97%

1. **Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat 100% pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan dilakukan tepat waktu.

1. **Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat laporan akuntabilitas kinerja telah lengkap 100%

1. **Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat 100% laporan keuangan disusun tepat waktu

1. **Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun**

Interpretasi:

Berdasarkan data grafik diatas terlihat angka Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun belum mencapai standar >60%.

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

1. **Pencapaian Indikator SPM**

Jumlah total indikator SPM yang dipantau selama tahun 2018 adalah 102 (seratus dua) indikator. Namun demikian tidak semua indikator SPM yang dipantau mencapai target atau sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Adapun perinciannya sebagai berikut:

1. Kematian pasien ≤24 jam
2. Jam visite dokter spesialis
3. Kematian pasien ≥ 48 jam
4. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
5. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
7. Ketersedian obat yang terstandarisasi
8. Terpenuhinya kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
9. Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan
10. Ketepatan waktu pemeliharaan alat
11. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Penyebab pemantauan indikator yang tidak mencapai target adalah kurangnya supervisi dan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan sehingga ketika dievaluasi melalui pemantauan indikator SPM output yang diperoleh tidak sesuai standar yang telah ditetapkan.

1. **Rekomendasi dan Rencana Tindak Lanjut**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **MASALAH** | **TINDAK LANJUT** | **PENANGGUNG JAWAB** |
| 1 | Kematian pasien ≤24 jam | * Refresh Internal penanganan Life Saving * Pengusulan pelatihan BTLS/PPGD/GELS/ALS/ATLS | Ka.Instalasi Gawat Darurat |
| 2 | Jam visite dokter spesialis |  | KaInstalasi Rawat Inap |
| 3 | Kematian pasien ≥ 48 jam | * Peningkatan kemampuan SDM dengan pengusulan pelatihan life saving di setiap unit pelayanan * Penambahan kapasitas ICU * Membuka pelayanan CVCU * Melengkapi prasarana HCU * Penambahan tenaga dokter umum * Penambahan tenaga perawat * Pengawasan secara berkala terhadap penerapan pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan * Penambahan ruangan rawat inap | kaInstalasi Rawat Inap |
| 4 | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit |  | KaUPF Kebidanan |
| 5 | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | - | KaUPF Kebidanan |
| 6 | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria |  |  |
| 8 | Ketersedian obat yang terstandarisasi | * Meningkatkan MOU dengan Rumah Sakit dan Apotik terdeka | Kainstalasi Farmasi |
| 9 | Terpenuhinya kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | * Membuka UPTD | KaInstalasi Laboratorium Patologi Klinik |
| 10 | Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan | * Membuat edaran tentang peningkatan kepatuhan pengisian rekam medis oleh dokter DPJP segera setelah pasien dinyatakan pulang. | Medik |
| 11 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | * Penambahan SDM | Ka Instalasi IPSRS |
| 12 | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | * Melakukan inventaris alat-alat yang harus dikalibrasi * Penambahan anggaran untuk kalibrasi alat | Ka Instalasi IPSRS |

**BAB V**

**PENUTUP**

Kegiatan pemantauan indikator SPM yang sesuai standar telah berjalan Januari 2013. Secara garis besar kegiatan ini telah berjalan dengan baik meskipun ada beberapa kekurangan. Upaya perbaikan akan dilakukan sesuai dengan rekomendasi dan rencana tindak lanjut yang diberikan saat acara Pemaparan hasil Pemantauan Indikator SPM. Diharapkan dengan adanya aksi tindak lanjut dari instalasi / unit kerja terkait upaya perbaikan dapat berjalan dengan maksimal.

Pemantauan inidkator SPM untuk tahun 2018 akan tetap sama yaitu sebanyak 102 (seratus dua indikator. Meskipun demikian terdapat sejumlah perbaikan terhadap kertas kerja, alat ukur indikator, dan kalimat indikator sehingga diharapkan data yang diperoleh bisa lebih valid.