

LAPORAN KINERJA
PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RSUD AJIBARANG



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG

Jl. Raya Pancasan – Ajibarang Kode Pos 53163

Telp. (0281) 6570004 Fax (0281) 6570005

E-mail : rsudajibarang@banyumaskab.go.id

TAHUN 2019

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	TAHUN 2019			
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS	
1.	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	100%	Jml kumulatif pasien yg mendapatkan pertolongan life saving di UGD.	666	97%	Tidak Tercapai
					Jml seluruh pasien yg membutuhkan penanganan life saving di UGD.	686		
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat/(24 Jam)	100%	Jml kumulatif jam buka UGD dlm satu bulan	8808	24	Tercapai
					Jml hari dlm satu bulan	367		
		3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	Jml tenaga yg bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.	252	100%	Tercapai
					Jml tenaga yg memberikan pelayanan kegawat daruratan.	252		
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana/ (satu tim)	1 Tim	Jml tim penanggulangan bencana yg ada di rumah sakit.	1	1	Tercapai
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat/ (\leq lima menit terlayani setelah pasien datang)	\leq 5 menit	Jml kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai	10228	0,84	Tercapai		

			dilayani dokter.			
			Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50).	12242		
6	Kepuasan pelanggan. ($\geq 70\%$)	$\leq 70\%$	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei.		96,00	Tercapai
			Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n = 50).			
7	Kematian pasien < 24 jam. (\leq dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam))	2%	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang di Gawat Darurat.	181	0,93%	Tercapai
			Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.	19445		
8	Khusus untuk RS jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan			
			Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat			
9	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	100%	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka.	19983	100%	Tercapai
			Jumlah seluruh pasien	19983		

					yang datang di gawat darurat.			
2.	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis.(100% dokter spesialis)	100	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan	303	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu tahun	303		
		2	Ketersediaan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> a. Klinik Anak b. Klinik Peny. Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah 	<ul style="list-style-type: none"> a. Klinik Anak b. Klinik Peny. Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah 	646	100%	Tercapai
		3	Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	<ul style="list-style-type: none"> 1. Anak Remaja 2. NAPZA 3. Gangguan Psikotik 4. Gangguan Neurotik 5. Mental Retardasi 6. Mental Organik 6. Usia Lanjut 	Tidak ada			
		4	Jam buka Pelayanan (Jam 08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 – 11.00)	100	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu tahun	302	100%	Tercapai
Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu	302							

				tahun				
		5	Waktu tunggu di rawat jalan. (≤ 60 menit)	≤ 60 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey.	304888	96,15	Tidak Tercapai
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey.	3171		
		6	Kepuasan Pelanggan. ($\geq 90\%$)	90%	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.	0	98,00%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)	0		
		7	a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskop TB. ($\geq 60\%$) b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS. ($\geq 60\%$)	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$	Jumlah semua pasien rawat jalan TB yang ditangan dengan strategi DOTS.	142	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan TB yang ditangani di rumah sakit dalam waktu satu tahun	142		
3.	Rawat Inap	1	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal D3	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.	1244	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang	1244		

			bertugas di rawat inap.			
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	22305	113%	Tercapai
			Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu tahun	19789		
3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap.	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	ada	302	100%	Tercapai
4	Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 – 14.00 setiap hari	100%	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s/d 14.00 yang disurvei	29263	105%	Tercapai
			Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.	30777		
5	Kejadian infeksi pasca operasi ≤ 1.5%	100	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu tahun	5	0%	Tercapai
			Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu tahun	1983		
6	Kejadian infeksi nosokomial	100	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu tahun	1	0%	Tercapai

	≤ 1.5%		Jumlah pasien rawat inap dalam satu tahun	3127		
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian.	100%	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian	26215	100%	Tercapai
			Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut	26215		
8	Kematian pasien > 48 Jam	100	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 Jam dalam satu tahun	98	0,39%	Tidak Tercapai
	≤ 0.24%		Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu tahun	25012		
9	Kejadian pulang paksa.	100	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan	254	0,97%	Tercapai
	≤ 5 %		jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu tahun	26265		
10	Kepuasan Pelanggan.	100	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen).	0	99,40%	Tercapai
	≥ 90%		Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	0		
11	Rawat Inap TB		Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.	291	96%	Tercapai

	<p>a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</p> <p>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS.</p>	<p>a. $\geq 60\%$</p> <p>b. $\geq 60\%$</p>	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani di rumah sakit dalam waktu satu tahun.	302		
12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, GangguanPsikotik, Gangguan Nerotik, Gangguan Mental Organik	Tidak ada			
13	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu tahun			
			Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu tahun			
14	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 tahun			

				Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam satu tahun				
		15	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	Tidak ada			
4.	Bedah Sentral	1	Waktu Tunggu operasi elektif	100	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu tahun.	4645	0,97	Tercapai
					≤ 2 hari	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut		
		2	Kejadian kematian di meja operasi	100	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu tahun	0	0%	Tercapai
					≤ 1 %	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu tahun		
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu tahun.	4882	100%	Tercapai
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun	4882		

	4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu tahun	4882	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun	4882		
	5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu tahun	4882	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun.	4882		
	6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu tahun	4882	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun.	4882		
	7	Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal	100	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianestesi dalam satu tahun	0	0%	Tercapai
				Jumlah pasien yang	316		

			tube.($\leq 6\%$)		dioperasi dalam waktu satu tahun			
5.	Persalinan, Perinatologi (Kecuali RS khusus diluar RS ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan.	100	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia / eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab).	0		
				a. Perdarahan $\leq 1\%$	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre eklampsia / eklampsia dan sepsis.	302	0%	Tercapai
				b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$				
				c. Sepsis $\leq 0.2\%$				
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	100	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal	206		
				a. Dokter Sp.OG	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal	302	100%	Tercapai
				b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)				
				c. Bidan				

		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit Tim PONEK yang terlatih	100	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih	302	100%	Tercapai	
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.	100	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi	80	100%	Tercapai	
					a. Dokter Sp.OG	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi			302
					b. Dokter Sp.A. c. Dokter Sp.An.				
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr	100%	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani	278	100%	Tercapai	
					Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani	278			
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	100	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu tahun	257	19%	Tercapai	

			≤ 20%		Jumlah seluruh persalinan dalam satu tahun	1328		
		7	Keluarga Berencana	100%	Jenis pelayanan KB mantap	10	100%	Tercapai
			a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih		Jumlah peserta KB	10		
			b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.		Jumlah konseling layanan KB mantap	10	100%	Tercapai
					Jumlah peserta KB mantap	10		
		8	Kepuasan pelanggan.	100	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	0	100,00%	Tercapai
			≥ 80%		Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	0		
6.	Intensif / ICU	1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam.	100	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu tahun	2	0%	Tercapai
			≤ 3%		Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu tahun	623		

		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	100	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif	159	53%	Tidak Tercapai
			a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / setara D4	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif	302			
7.	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto. $\leq 3 \text{ jam}$	100	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu tahun	38070	0,69	Tercapai
					Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut	914		
		2	Pelaksanaan ekspertis.	100	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu tahun	15056	96%	Tidak Tercapai
			dokter Sp.Rad.		Jumlah seluruh	15732		

					pemeriksaan foto rontgen dalam satu tahun			
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen. Kerusakan foto $\leq 2\%$	100	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu tahun	194	1%	Tercapai
					Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu tahun	13822		
		4	Kepuasan Pelanggan. $\geq 80\%$	100	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas		100%	Tercapai
					Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)			
8.	Lab. Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin.	100	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu tahunj	53146	70,39	Tercapai
					Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam tahun tersebut	755		
		2	Pelaksanaan ekspertisi Dokter Sp.PK	100	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu tahun	49356	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu tahun	49356		
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan	100%	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu	49356	100,000%	Tercapai

			laboratorium		bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu tahun			
					Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut	49356		
		4	Kepuasan Pelanggan.	100	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)		98%	Tercapai
			≥ 80%		Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)			
9.	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan. ≤ 50%	100	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam tiga bulan	372	19,86%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu tahun	1873		
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tahun	18272	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu tahun	18272		
		3	Kepuasan Pelanggan.	≥ 80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei		100,00%	Tercapai

				(dalam prosen)				
					Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)			
10.	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan		Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu total	32201,11	2,90%	Tercapai
			a. Obat jadi ≤ 30 menit	100	Jumlah pasien yang disurvei dalam tahun tersebut	934,42		
			b. Obat racikan ≤ 60 menit	100	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu tahun	19037,4	1,86%	Tercapai
					Jumlah pasien yang disurvei dalam tahun tersebut	353,4		
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat	1288	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei	1288		
		3	Kepuasan Pelanggan	100	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	0	81,18%	Tercapai

			≥ 80%		Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	0		
		4	Penulisan resep sesuai formularium.	100%	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan	1078	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)	1078		
11.	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien. ≥ 90%	100	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu tahun	3285	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei	3285		
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien ≤ 20%	100	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu tahun	192,2	18%	Tercapai
					Jumlah pasien yang disurvei dalam satu tahun	1095		
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	100%	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet	3285	100%	Tercapai
					Jumlah pasien yang disurvei dalam satu tahun	3285		

12.	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 100% terpenuhi	100	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu tahun	818	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu tahun	818		
		2	Kejadian reaksi transfusi. ≤ 0.01%	100	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu tahun	17	0,63%	Tidak Tercapai
					Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu tahun	2707		
13.	Pelayanan Jamkesmas	1	Pelayanan terhadap pasien Jamkesmas yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan. 100% terlayani	100	Jumlah pasien Jamkesmas yang dilayani rumah sakit dalam satu tahun	3315	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien Jamkesmas yang datang ke rumah sakit dalam satu tahun	3315		
14.	Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang diisi lengkap	3185	96,99%	Tidak Tercapai
					Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu tahun	3284		

		2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100%	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu tahun	1601	92,12%	Tidak Tercapai
					Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu tahun	1738		
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	≤ 10 menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati	23.47.52	00.01.07	Tercapai
					Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (n tidak kurang dari 100)	3867		
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap. ≤ 15 menit	100	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	22.49.00	0.23.13	Tidak Tercapai
					Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	865		
15.	Pengelolaan limbah / IPAL	1	Baku mutu limbah cair.	100	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu	890,85	100%	Tercapai

				a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/l c. TSS < 30 mg/l d. pH 6 – 9	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair	890,85		
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati	1898	100%	Tercapai
					Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati	1898		
16.	Administrasi dan Manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	100%	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu tahun	131	100%	Tercapai
					Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu tahun	131		
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	100%	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal tiga bulan dalam satu thn	5	100%	Tercapai
					Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun	5		
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	100%	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun	63	100%	Tercapai

				Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun	63		
		4	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala.	100%	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun	109	100% Tercapai
				Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	109		
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun. ≥ 60%	100	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	236	47% Tidak Tercapai
				Jumlah seluruh karyawan rumah sakit	506		
		6	Cost Recovery. ≥ 40%	100	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun	#####	106,03% Tercapai
				Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun	#####		
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	100%	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam satu tahun	11	100% Tercapai
				Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan	11		

					dalam satu tahun			
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap. ≤ 2 jam	100	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun	0		
					Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun	0		
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif	12	100%	Tercapai
					Jumlah bulan pemberian insentif	12		
17.	Ambulance / Kereta jenazah	1	Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah. 24 jam	100	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu tahun	8736	24	Tercapai
					Jumlah hari dalam tahun tersebut	364		
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS. ≤ 30 menit	100	Jumlah penyedia ambulance yang tepat waktu dalam satu tahun	2677,588889	1,69	Tercapai
					Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu tahun	1585		

		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan. sesuai ketentuan daerah	100	Tidak ada			
18.	Pemulasaraan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	100	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu tahun	14045	24,73	Tercapai
					Total pasien yang diamati dalam satu tahun	568		
19.	Pelayanan Pemeliharaan RS	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat. ≤ 80%	100	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu tahun	925	94%	Tidak Tercapai
					Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu tahun	984		
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan / servis tepat waktu dalam satu tahun	1699	91%	Tidak Tercapai
					Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam waktu satu tahun	1869		

		3	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi.	100%	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun	0	100%	Tercapai
					Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun	0		
20.	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	Jumlah linen yang dihitung dalam empat hari sampling dalam satu tahun	7226	100%	Tercapai
					Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	7226		
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	100%	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu	366	100%	Tercapai
					Jumlah hari dalam satu tahun	366		
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih. Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	100	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih	53	100%	Tercapai
					Jumlah anggota tim PPI	53		
		2	Tersedia APD di setiap Instalasi.	100%	Jumlah instalasi yang menyediakan APD	19	0,95	Tercapai

		60%		Jumlah instalasi di Rumah Sakit	20		
	3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ (HAI) Health care associated infection di RS (minimal 1 parameter) 75%	100%	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan	7	0,35	Tidak Tercapai
				Jumlah instalasi yang tersedia	20		
JUMLAH TERCAPAI :					77		
JUMLAH TIDAK TERCAPAI :					13		
PROSENTASE (%) CAPAIAN SPM					86%		