

CAPAIAN SPM RSUD AJIBARANG TAHUN 2020

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH			
					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.	433	100%	Tercapai
					Jml seluruh pasien yg membutuhkan penanganan life saving di UGD.	433		
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat/(24 Jam)	100%	Jml kumulatif jam buka UGD dlm satu tahun	366	100%	Tercapai
					Jml hari dlm satu tahun	366		
		3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	Jml tenaga yg bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.	267	96%	Tidak Tercapai
					Jml tenaga yg memberikan pelayanan kegawat daruratan.	278		
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana/ (satu tim)	1 Tim	Jml tim penanggulangan bencana yg ada di rumah sakit.	3	1	Tercapai
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat/ (≤ lima menit terlayani setelah pasien datang)	≤ 5 menit	Jml kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter.	3252	1.30	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50).	2508		
		6	Kepuasan pelanggan. (≥70%)	≥ 70%	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei.	-	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n = 50).	-		
		7	Kematian pasien < 24 jam. (≤ 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.	158	1.02%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.	15423		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH			
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS	
		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.	16143	100%	Tercapai
						Jumlah seluruh pasien 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 tahun	302	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu tahun	302		
		2	Ketersediaan Pelayanan	a.Klinik Anak b.Klinik Peny. Dalam c.Klinik Kebidanan d.Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Peny. Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	2	100%	Tercapai
						4		
						2		
1								
3	Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	1. Anak Remaja 2.NAPZA 3. Gangguan Psikotik GangguanNeurotik 4. Mental Retardasi 5. Mental Organik 6. Usia Lanjut	Tidak ada					

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH			
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS	
		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	303	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu tahun	303		
		5	Waktu tunggu di rawat jalan. (≤ 60 menit)	≤ 60 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey.	157680	1.50.46	Tidak Tercapai
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey.	1898		
		6	Kepuasan Pelanggan. ($\geq 90\%$)	90%	Jumlah komulatif rata rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.	-	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)	-		
		7	a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskop TB. ($\geq 60\%$)	a. $\geq 60\%$	Jumlah semua pasien rawat jalan TB yang ditangan dengan strategi DOTS.	73	100%	Tercapai
b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS. ($\geq 60\%$)	b. $\geq 60\%$		Jumlah seluruh pasien rawat jalan TB yang ditangani di rumah sakit dalam waktu satu tahun	73				
3.	Rawat Inap	1	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	a. Dokter Spesialis	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.	1127	100%	Tercapai
				b. Perawat minimal D3	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.	1127		
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	Jumlah pasien dalam satu tahun yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	11920	100%	Tercapai
					Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu tahun	11920		
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap.	a. Anak	ada	ada	100%	Tercapai
b. Penyakit Dalam	ada			ada				

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
			c. Kebidanan	ada	ada	100%	Tercapai
			d. Bedah	ada	ada		
		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	26481	100%	Tercapai
				Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.	26481		
		5 Kejadian infeksi pasca operasin ≤ 1.5%	≤ 1.5%	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu tahun	1	0%	Tercapai
				Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu tahun	1025		
		6 Kejadian infeksi nosokomial ≤ 1.5%	≤ 1.5%	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu tahun	0	0%	Tercapai
				Jumlah pasien rawat inap dalam satu tahun	1085		
		7 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian.	100%	Jumlah pasien dirawat dalam satu tahun dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian	20520	98%	Tidak Tercapai
				Jumlah pasien dirawat dalam satu tahun	20961		
		8 Kematian pasien > 48 Jam ≤ 0.24%	≤ 0.24%	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 Jam dalam satu tahun	94	0.47%	Tidak Tercapai
				Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu tahun	19922		
		9 Kejadian pulang paksa. ≤ 5 %	≤ 5 %	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu tahun	164	0.81%	Tercapai
				jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu tahun dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu tahun	20237		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH			
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS	
		10	Kepuasan Pelanggan.	≥ 90%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen).	0	99%	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.	136	100%	Tercapai
		a.	Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu satu tahun	136		
		b.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS.	b. ≥ 60 %				
		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 bulan					
			Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan					
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					

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		15 Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	Tidak ada			
4.	Bedah Sentral	1 Waktu Tunggu operasi elektif ≤ 2 hari	≤ 2 hari	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu tahun	3853	0.88	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun	4371		
		2 Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1 %	≤ 1 %	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu tahun	0	0%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu tahun	4371		
		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	4371	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun	4371		
		4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu tahun	4371	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun	4371		
		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	4371	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun	4371		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam satu tahun dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu tahun	4371	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun	4371		
		7 Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.(≤ 6 %)	≤ 6 %	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianestesi dalam satu tahun	0	0%	Tercapai
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun	4371		
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	0%	Tercapai
			a. Perdarahan ≤ 1%	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre eklampsia / eklampsia dan sepsis.	369		
		b. Pre-eklampsia ≤ 30%					
		c. Sepsis ≤ 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	7	100%	Tercapai
				a. Dokter Sp.OG	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan		7		
		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit Tim PONEK yang terlatih	100	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih		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	263	100%	Tercapai
	a. Dokter Sp.OG			Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi	263		
	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	336	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani	336		
		6 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria ≤ 20%	≤ 20%	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu tahun	410	29%	Tidak Tercapai
				Jumlah seluruh persalinan dalam satu tahun	1436		
		7 Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. Umum terlatih	100%	Jenis pelayanan KB mantap	8	100%	Tercapai
				Jumlah peserta KB	8		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.		Jumlah konseling layanan KB mantap	8	100%	Tercapai
				Jumlah peserta KB mantap	8		
		8 Kepuasan pelanggan. ≥ 80%	≥ 80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	-	100%	Tercapai
				Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	-		
6.	Intensif / ICU	1 Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam. ≤ 3%	≤ 3%	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu tahun	0	0%	Tercapai
				Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu tahun	528		
		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	149	80%	Tidak Tercapai
				a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani.	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
			b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / setara D4				
7.	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto. $\leq 3 \text{ jam}$	$\leq 3 \text{ jam}$	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu ahun	43231	47.30	Tidak Tercapai
				Jumlah pasien yang di foto thorax dalam tahun tersebut	914		
		2 Pelaksanaan ekspertis. dokter Sp.Rad.	100%	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu tahun	13337	98%	Tidak Tercapai
				Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu tahun	13575		
		3 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen. Kerusakan foto $\leq 2\%$	$\leq 2\%$	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu tahun	182	1%	Tercapai
				Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu tahun	12630		
		4 Kepuasan Pelanggan. $\geq 80\%$	$\geq 80\%$	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.	$\leq 140 \text{ menit}$	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu tahun	39748	50.96	Tercapai
				$\leq 140 \text{ menit}$ Kimia darah dan darah rutin.	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam tahun tersebut		
		2 Pelaksanaan ekspertisi Dokter Sp.PK	100	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu tahun	43048	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu tahun	43048		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu tahun	43048	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam tahun tersebut	43048		
		4 Kepuasan Pelanggan. ≥ 80%	≥ 80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	-	100%	Tercapai
				Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	-		
9.	Rehabilitasi Medik	1 Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan. ≤ 50%	≤ 50%	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam satu tahun	418	15.21%	Tercapai
				Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu tahun	2748		
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu tahun	11537	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu tahun	11537		
		3 Kepuasan Pelanggan.	≥ 80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	-	100%	Tercapai
				Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	-		
10.	Farmasi	1 Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi ≤ 30 menit	≤ 30 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu tahun	42251	0.28.07	Tercapai
				Jumlah pasien yang disurvei dalam tahun tersebut	825		
		b. Obat racikan ≤ 60 menit	≤ 60 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu tahun	19285	0.28.45	Tercapai
				Jumlah pasien yang disurvei dalam tahun tersebut	385		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat	1210	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei	1210		
		3 Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	-	100%	Tercapai
				≥ 80%	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)		
		4 Penulisan resep sesuai formularium.	100%	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan	1210	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)	1210		
11.	Gizi	1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien. ≥ 90%	≥ 90%	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu tahun	3294	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei	3294		
		2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien ≤ 20%	≤ 20%	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu tahun	209.41	19%	Tercapai
				Jumlah pasien yang disurvei dalam satu tahun	1098		
		3 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	100%	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet	3294	100%	Tercapai
				Jumlah pasien yang disurvei dalam satu tahun	3294		
12.	Transfusi Darah	1 Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 100% terpenuhi	100%	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu tahun	1245	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu tahun	1245		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		2 Kejadian reaksi transfusi. ≤ 0.01%	≤ 0.01%	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu tahun	12	1%	Tidak Tercapai
				Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu tahun	1708		
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	211	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh pasien Jamkesmas yang datang ke rumah sakit dalam satu tahun	211		
14.	Rekam Medik	1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu tahun yang diisi lengkap	2491	97.38%	Tidak Tercapai
				Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu tahun	2558		
		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	1532	95.87%	Tidak Tercapai
				Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu tahun	1598		
		3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	≤ 10 menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati	5768	1.36	Tercapai
				Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (n tidak kurang dari 100)	4236.347303		
		4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	≤ 15 menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	27376.20208	8.37.47	Tidak Tercapai
				Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	846		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
15.	Pengelolaan limbah / IPAL	1 Baku mutu limbah cair.	100	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu	1776.24	100%	Tercapai
			a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/l c. TSS < 30 mg/l d. pH 6 – 9	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair	1776.24		
		2 Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati	2073	100%	Tercapai
				Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati	2073		
16.	Administrasi dan Manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	100%	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu tahun	131	96%	Tidak Tercapai
				Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu tahun	137		
		2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	100%	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal tiga bulan dalam satu tahun	3	100%	Tercapai
				Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun	3		
		3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	100%	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun	52	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun	52		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		4 Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala.	100%	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun	107	100%	Tercapai
				Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	107		
		5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun. ≥ 60%	≥ 60%	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	71	13.87%	Tercapai
				Jumlah seluruh karyawan rumah sakit	512		
		6 Cost Recovery. ≥ 40%	≥ 40%	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun	88,782,692,360	101.36%	Tercapai
				Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun	87,588,330,939		
		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 dalam satu tahun	11		
		8 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap. ≤ 2 jam	≤ 2 jam	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun	4000	23.38.34	Tercapai
				Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun	2015		
		9 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif	12	100%	Tercapai
				Jumlah bulan pemberian insentif	12		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
17.	Ambulance / Kereta jenazah	1 Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah. 24 jam	24 jam	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu tahun	8784	24	Tercapai
				Jumlah hari dalam bulan tersebut	366		
		2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS. ≤ 30 menit	≤ 30 menit	Jumlah penyedia ambulance yang tepat waktu dalam satu tahun	6620.426389	15.11.23	Tercapai
				Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu tahun	1429		
		3 Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan. sesuai ketentuan daerah	100	Tidak ada	0	30 menit	Tercapai
					0		
18.	Pemulasaraan Jenazah	1 Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	≤ 2 jam	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu tahun	14255	2.25.06	Tidak Tercapai
				Total pasien yang diamati dalam satu tahun	526		
19.	Pelayanan Pemeliharaan RS	1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat. ≤ 80%	≤ 80%	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan	773	97.23%	Tidak Tercapai
				Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu tahun	795		
		2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan / servis tepat waktu dalam satu tahun	1600	97.26%	Tidak Tercapai
				Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam waktu satu tahun	1645		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	FORMULA	JUMLAH		
					JUMLAH	CAPAIAN	STATUS
		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		
				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	9209	100%	Tercapai
				Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	9209		
		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. 60%	60%	Jumlah instalasi yang menyediakan APD	19	95%	Tercapai
				Jumlah instalasi di Rumah Sakit	20		
		3 Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ (HAI) Health care associated infection di RS (minimal 1 parameter) 75%	75%	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan	7	100%	Tercapai
				Jumlah instalasi yang tersedia	7		
JUMLAH TERCAPAI :					79		
JUMLAH TIDAK TERCAPAI :					10		
PROSENTASE (%) CAPAIAN SPM :					88.76%		