

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RSUD KOTA BEKASI
BULAN JANUARI S.D DESEMBER TA. 2022**

NO	KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET NASIONAL		RATA-RATA		EVALUASI		Rencana Tindak Lanjut (Diuraikan Berdasarkan Prioritas Masalah)	KETERANGAN	
							Analisis Permasalahan/Kendala (diuraikan)				
1	Pelayanan Kegawatdaruratan	I	Sertifikasi ATLS dll		100 %	89.33	%	Perawat masih ada yang belum mendapatkan pelatihan (perawat yg baru rotasi / perawat baru) selain itu Nakes yang sudah mendapatkan pelatihan ada yg sudah sertifikatnya expired	koordinasi dengan Diklat dan Kepegawaian untuk membuat usulan pengadaan pelatihan untuk dokter dan perawat IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Total indikator = 93 Indikator • Indikator Tercapai = 74 • Indikator tidak tercapai = 19 indikator • Pencapaian pertahun = 79,56% 	
		P	Time response	≤	5 menit	1.19	menit	Nakes sudah melayani pasien secepat mungkin saat pasien datang ke IGD	Mempertahankan dan melakukan Monitoring terkait Kecepatan dalam menangani pasien yang datang ke IGD		
		8	P	Kemampuan menangani Life saving		100 %	100	%	Semua Nakes sudah menjalani pelatihan kemampuan menangani life saving		koordinasi dengan diklat untuk melakukan refreshing dan updating pelatihan secara berkala
			P	Jam Buka Pelayanan		24 Jam	24	jam	IGD siap melayani pasien selama 24 jam		Mempertahankan jam buka pelayanan
			OC	Kematian pasien ≤ 24 Jam	≤	2/1000	0.002	0.004	Pasien yang datang sebagian besar adalah pasien pasien kritis dan terminal		Meningkatkan pelayanan terhadap pasien kritis dan terminal di IGD
			OC	Kepuasan pelanggan	≥	70 %	96.18%	%	pasien sudah cukup puas dengan pelayanan IGD di RSUD		Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap SOP pelayanan IGD agar kualitas pelayanan IGD lebih baik lagi
				Ketersediaan tim penanggulangan bencana		1 Tim	1	Tim	RSUD sudah membentuk tim penanggulangan bencana		koordinasi dengan diklat untuk melakukan refreshing pelatihan secara berkala
				Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka		100 %	100%	%	Semua pasien yang datang ke IGD akan dilayani tanpa harus membayar uang muka		Mempertahankan dan monitoring untuk tidak ada pembayaran uang muka
2	Rawat Jalan	I	Dr.Pemberi Pelayanan di Poliklinik		100 %	100	%	Dokter yang melayani poliklinik sudah sesuai dengan spesialisasi yang di milikinya	Mempertahan kualitas Pelayanan Dokter Spesialis dalam melayani pasien		
		I	Ketersediaan pelayanan		anak, dalam, bidan, bedah	100	%	RS sudah tersedia pelayanan Rawat Jalan Minimal yang harus tersedia (kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan & bedah)	RS Terus mengembangkan pelayanan rawat jalan dengan menambah poliklinik rawat jalan yang belum tersedia		
		7	P	Buka pelayanan sesuai ketentuan		08.00 - 13.00 Wib	(100 %)	100	%	Pelayanan Rawat Jalan sudah berjalan dimulai pukul 08.00 - 13.00	mempertahan kepatuhan antara bagian pendaftaran dan poli rawat jalan agar pelayana bisa berjalan sesuai waktu yang sudah ditentukan
			OP	Waktu tunggu di rawat jalan	≤	60 menit	62	menit	waktu tunggu pasien di Rawat jalan sedikit memanjang	Dibuatkan monitoring dan evaluasi jumlah jam layanan di poli	
									Berkas rekam medik lama tersedia di poli atau penyerahan berkas RM di poli lambat	koordinasi dengan bagian Rekam Medik agar lebih cepat mengembangkan E rekam Medik	
			OC	Kepuasan Pelanggan	≥	90 %	82%	%	Fasilitas sarana dan prasarana umum yang masih terbatas dan kurang nyaman (toilet, lahan parkir dan ruang tunggu)	1.Melakukan koordinasi dengan Bagian Perencanaan dan Sub. Bagian RT dan Perlengkapan untuk mengevaluasi kebutuhan dan penambahan kursi	
				Poliklinik Dalam			81.80	%		2.Melakukan koordinasi dengan pihak ketiga terkait peningkatan kebersihan dan kenyamanan di lingkungan RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.	
				Poliklinik Bedah Umum			77.04	%			
				Poliklinik Bedah Syaraf			83.38	%	Masih adanya beberapa dokter yang datang terlambat ke poliklinik rawat jalan	Dilakukan monitoring, evaluasi dan pembinaan kepada dokter yang datang terlambat	
				Poliklinik Bedah Urologi			86.00	%			
		Poliklinik Bedah Ortopedi			79.99	%					
		Poliklinik Kebidanan			84.24	%					
		Poliklinik Anak			75.02	%					

							72.46	%				
							77.30	%				
							95.31	%	Persyaratan administrasi dalam menerima pelayanan yang tidak mudah dan masih berbelit belit, terutama pasien BPJS dan LKM NIK	Melakukan koordinasi dengan Bagian Perencanaan dan Sub. Bagian RT dan Perlengkapan dan Instalasi PKRS terkait pengadaan brosur dan banner berisi informasi mengenai persyaratan dan prosedur serta alur pelayanan khususnya kepada pengguna JKN (BPJS/ LKM NIK) serta peningkatan promosi di sosial media		
							77.94	%				
							88.61	%				
							78.38	%				
							90.49	%				
							88.91	%				
					3	60	%		pengecekan diagnosis TB sudah menggunakan mikroskopis walaupun ada beberapa TB yang tidak diperiksa secara mikroskopis seperti TB tulang	pemeriksaan sesuai dengan kondisi klinis (ronsen atau PA biopsi)		
					3	60	%		Semua pasien TB di RS sudah tercatat dan terdokumentasi dengan baik melalui SITB	Mempertahankan Pendokumentasian semua pasien TB di RS dan melaporkan sesuai dengan waktu yang ditentukan melalui SITB		
3	Rawat Inap	I	* Pemberi pelayanan di rawat inap (dr. Spesialis & tenaga perawat min.D3)			100	%		100	%	tingkat pendidikan tenaga perawat/bidan dan dokter sudah sesuai dengan ketentuan minimal d3	Koordinasi dengan bagian kepegawaian agar menempatkan dokter/nakes yang pendidikannya sesuai dengan aturan yang berlaku
		L	* dr penanggung jawab pasien rawat inap			100	%		100	%	setiap pasien yang dirawat di RS sudah mempunyai DPJP yang sesuai dengan penyakitnya	Mempertahankan kualitas pelayanan dengan menempatkan DPJP sesuai dengan spesialisasi dan penyakit pasien
11		I	* Ketersediaan pelayanan rawat inap			100	%		100	%	RSUD menyiapkan ruang perawatan sesuai dengan perawatan minimal yang harus ada di RS (kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah)	koordinasi dengan bagian PPRS agar mengembangkan layanan di RS agar jumlah pelayanan Ranap lebih beragam
		P	Jam Visite dr Spesialis			08.00 s/d 14.00	(100%)		100	%	Jam visite dokter spesialis pukul 08.00-14.00	mempertahankan kepatuhan DPJP agar visit sesuai dengan waktu yang sudah ditentukan
		OP	* Kejadian infeksi Nosokomial (Plebitis)			≤ 1.5	%		0.001%	%	sudah makin berkurangnya kejadian infeksi nosokomial pada pasien ranap	melakukan tindakan plebitis pada pasien di ranap yang sesuai dengan SOP
		OP	* Tdk adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian			100	%		1000%	%	sarana dan fasilitas keselamatan pasien sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan	koordinasi dengan bagian K# dan IPSRS untuk melakukan evaluasi terkait kelayakan sarana dan prasarana di ranap
		OP	Kematian pasien > 48 Jam			≤ 0.24	%		0.037	%	pasien yang dirawat meninggal setelah dirawat karena penyakit yang sudah kritis	koordinasi dengan bagian keperawatan untuk meningkatkan kualitas asuhan pasien pada pasien kritikal
		OC	Kejadian pulang paksa			≤ 5	%		0.011	%	pasien merasa tidak nyaman di rawat di RSUD	melakukan monitoring dan evaluasi terkait SOP pelayanan di rawat inap sehingga pasien merasa nyaman
		OC	Kepuasan pelanggan Rata-rata			3	90	%	86.34%		1. petugas shift malam yang tidak ditempat, sehingga pasien atau keluarga kesulitan dalam mendapat informasi ataupun meminta bantuan, jam visite dokter tidak tepat waktu dan perawat kurang cepat dan tidak ramah	1. Melakukan koordinasi dengan Bidang Keperawatan mengenai mutu asuhan keperawatan dan percepatan penyiapan bel pemanggil di tiap pasien
			- Ruang Dahlia						87.75	%		2. Pelatihan service excellent untuk seluruh pegawai RSUD dr. Chasbullah Abdulmadiid Kota Bekasi.
			- Ruang Melati						86.86	%		
			- Ruang Sakura						94.17	%	2. kurangnya informasi terkait pengurusan prosedur administrasi dan persyaratan administrasi khususnya pasien BPJS dan LKM NIK	1. Melakukan koordinasi dengan Bagian Perencanaan dan Sub. Bagian RT dan Perlengkapan dan Instalasi PKRS terkait pengadaan brosur dan banner berisi informasi mengenai persyaratan dan prosedur serta alur pelayanan khususnya kepada pengguna JKN (BPJS/ LKM NIK).

							76.45	%				
							80.04	%	3. ruang rawat kurang nyaman dan bersih serta AC yang panas	1. koordinasi dengan building manajemen bagian kebersihan untuk peningkatan kebersihan di ruang rawat inap		
							88.46	%		2. Peningkatan Koordinasi dengan IPSRS untuk pengecekan dan perbaikan AC secara berkala		
							82.81	%	4. tarif kamar vip terlampau mahal	1. Melakukan koordinasi dengan Bagian Keuangan mengenai tarif pelayanan untuk pasien umum.		
							94.11	%				
							86.46	%				
							60	%	85	%	semua pasien yang memiliki gejala klinis TB pasien diharuskan melakukan pemeriksaan mikroskopis TB	1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhasap SOP pasien yang memiliki gejala klinis TB
							60	%	100	%	Semua pasien TB di RS sudah tercatat dan terdokumetasi dengan baik	1. Mempertahan Pendokumentasian semua pasien TB di RS dan melaporkan sesuai dengan waktu yang ditentukan
4	Bedah Sentral	P	* Waktu tunggu operasi elektif/terencana	≤	2	Hari					waktu operasi elektif sudah tercapai dengan baik	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
			R. Tulip				2	jam				
			R. Dahlia				2	Jam				
		OP	* Kejadian/kematian di meja operasi	≤	1	%	0	%			tidak ada kejadian kematian di meja operasi	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
	buat form u/ setiap kejadian pasca operasi	OP	* Tidak ada kejadian operasi salah sisi		100	%	100	%			tidak ada kejadian operasi salah sisi di meja operasi	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
8		OP	* Tidak ada kejadian operasi salah orang		100	%	100	%			tidak ada kejadian operasi salah orang di meja operasi	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
		OP	* Tidak ada kejadian operasi salah tindakan pada operasi		100	%	100	%			tidak ada kejadian operasi salah tindakan di meja operasi	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
		OP	* Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi , dan salah penempatan endotracheal tube	≤	6	%	0	%			tidak ada kejadian Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi , dan salah penempatan endotracheal tube	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
		OC	Kejadian infeksi pasca operasi *	≤	1.5	%	0	%			tidak kejadian infeksi pasca operasi	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
			Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi		100	%	100	%			tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	mempertahan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
5	Persalinan	I	Memberi pelayanan persalinan normal (dr. Spesialis, Obsetri Ginekolog, dr umum terlatih asuhan persalinan normal dan bidan)		100	%	100	%			RS sudah memberikan pelayanan persalinan normal yaitu dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (APN) dan bidann	mempertahankan dan memonitoring secara berkala agar kualitas pelayanan tetap terjaga
9		I	Pemberi pelayanan persalinan dg penyulit (dr. Spesialis Obsetri Ginekolog)		Tersedia		100	%			RS sudah memberikan pelayanan persalinan dengan penyulit yaitu dokter Sp.OG	mempertahankan dan memonitoring secara berkala agar kualitas pelayanan tetap terjaga
		I	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi : (dr. Sp.OG, dr. Sp.A, dr Sp.An)		100	%	100	%			RS sudah mempersiapkan pelayanan pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi yaitu dokter Sp.OG didampingi dokter Sp.A dan dr. Sp.An	mempertahankan dan memonitoring secara berkala agar kualitas pelayanan tetap terjaga
		P	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr		100	%	99	%			ada beberapa kasus rujukan bayi BBLR yang terlambat mendapatkan penanganan medis sebelumnya	Koordinasi dengan dinkes dalam penanganan kasus-kasus bayi BBLR
		OP	Pertolongan Persalinan melalui seksio	≤	20	%	79	%			RSUD sudah memerikan pertolongan persalinan seksio karena pusat rujukan untuk wilayah sekitarnya untuk kasus persalinan dengan komplikasi yang membutuhkan tindakan seksio	Koordinasi dengan dinkes dan BPJS agar mempehatiakn sistem rujukan agar lebih merata dengan tipe B lainnya
		OP	* Kejadian kematian ibu krn persalinan								Tidak ada kematian ibu bersalin karena perdaraha, preeklampsia dan sepsis karena RSUD sudah memberikan layanan PONEK	mempertahankan dan memonitoring secara berkala agar kualitas pelayanan tetap terjaga
			Perdarahan	≤	1	%	0	%				

			Pre-Eklampsia	≤	30	%	0	%		
			Sepsis	≤	0.2	%	0	%		
			Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dokter umum terlatih		100	%	100	%	KB Mantap sudah dilakukan oleh nakes yang sudah terlatih dan berwenang (dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U)	mempertahankan pelayanan dalam memberikan KB Mantap sesuai dengan aturan yang berlaku
			Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih		100	%	63	%	Peserta KB mempunyai pilihan tersendiri dalam pemilihan kontrasepsi untuk Keluarga Berencana	Tim PKBRS lebih meningkatkan sosialisasi dan edukasi di Poli PKBRS tentang pentingnya KB mantap bagi keluarga yang sudah cukup anak
			Kepuasan pelanggan	³	80	%	87.32	%	pasien sudah cukup puas dengan pelayanan persalinan di RSUD	meningkatkan dan memonitoring secara berkala agar kualitas pelayanan tetap terjaga
6	Intensif/ICU	P	* Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dg kasus yg sama <72 jam	≤	3	%	0.031	%	rendahnya persentase pasien yang kembali ke perawatan intensif dg kasus yang sama < 72 jam karena ICU sudah memberika pelayanan yang berkualitas	mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan agar pasien benar teridentifikasi sudah bisa menjalani perawatan di ranap biasa dan tidak membutuhkan ICU kembali
2		I	* Pemberi pelayanan Unit Intensif : (dr Sp. An, Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara)		100	%	38	%	Perawat masih ada yang belum mendapatkan pelatihan (perawat yg baru rotasi / perawat baru) serta adanya penambahan bed ICU	koordinasi dengan Diklat dan Kepegawaian untuk membuat usulan pengadaan pelatihan untuk perawat ICU
7	Radiologi	P	* Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤	3	jam	4	jam	banyaknya pemeriksaan rontgen thorax di luar jam dinas sehingga tertundanya pembacaan hasil kecuali CITO	Penyempurnaan aplikasi SAHRONI dalam pengaplikasiannya
									Beberapa pasien yang sudah didaftar namun tidak segera diantar oleh ruangan ranap/IGD	koordinasi dengan ka ins. Ranap dan IGD agar segera mengantar pasien setelah didaftarkan
		I	* Pelaksana expertisi (dr. Sp. Rad)		100	%	10000%	%	semua Pelaksana expertisi sudah dilakukan oleh dr. Sp. Rad	Mempertahankan pelaksanaan Expertisi dilakukan oleh Sp. Rad
4		OP	* Kejadian kegagalan pelayanan Rontgent	≤	2	%	0%	%	tidak ada kegagalan dalam Pelayanan Rontgent karena sudah sesuai dengan SOP	Mempertahankan pelayanan rontgen agar sesuai dengan SOP yang berlaku sehingga tidak ada kegagalan dalam pelayanan rontgen
		OC	* Kepuasan pelanggan	³	80	%	8351%	%	pasien sudah cukup puas dengan pelayanan instalasi radiologi	melakukan monitoring dan evaluasi terhadap SOP radiologi agar kualitas pelayanan radiologi lebih baik lagi
8	Laboratorium	P	* Waktu tunggu hasil pelayanan Lab PK	≤	140	menit (manual)				
5			- Rawat Inap				134	menit	waktu tunggu pemeriksaan sudah sesuai target Rawat Inap	melakukan monitoring dan evaluasi untuk waktu tunggu
			- Rawat Jalan				125	menit	waktu tunggu pemeriksaan sudah sesuai target Rawat Jalan	melakukan monitoring dan evaluasi untuk waktu tunggu
		I	* Pelaksana expertisi (dr. Sp. PK)		100	%	97%	%	Dokter Sp. PK tidak 24 jam di RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi	Koordinasi dengan bagian Kepegawaian terkait penambahan tenaga untuk dokter Sp. PK
		OP	* Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Lab		100	%	100%	%	tidak ditemukan kesalahan pemberian hasil	melakukan monitoring dan evaluasi dalam SOP pemberian hasil laboratorium
		OP	Peralatan lab yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi		100	%	100%	%	peralatan lab sudah terkalibrasi sesuai dengan waktu yang ditentukan	melakukan monitoring dan evaluasi jadwal kalibrasi yang sudah ditentukan
		OC	* Kepuasan pelanggan	³	80	%	80%	%	pasien sudah cukup merasa puas dengan pelayanan instalasi laboratorium	melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan di instalasi laboratorium

9	Farmasi	P	* Waktu tunggu pelayanan								
			- Obat jadi	≤	30	menit	26	menit	waktu tunggu pelayanan obat jadi dan racikan sudah memenuhi target nasional	mempertahankan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target	
4			- Obat racikan	≤	60	menit	43	menit			
		OP	* Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat		100	%	100	%	tidak ada kesalahan pemberian obat di farmasi karena sudah sesuai dengan SOP	mempertahankan pelayanan farmasi agar sesuai dengan SOP yang berlaku sehingga tidak terjadi kesalahan	
		OC	* Kepuasan pelanggan	≥	80	%	81	%	pasien yang banyak sehingga waktu menunggu sampai obat diberikan kepada pasien masih lama	koordinasi dengan bagian kepegawaian agar menambah jumlah SDM	
			Penulisan resep sesuai formularium Nasional		100	%	100	%	penulisan resep sudah sesuai dengan formularium	koordinasi dengan diklat jika ada pelatihan untuk nakes farmasi agar pelayanan farmasi sesuai dengan standar nasional	
10	Gizi	P	* Ketepatan waktu pemberian makanan kpd pasien	≥	90	%	100	%	menyiapkan makanan sesuai dengan waktu yang sudah ditentukan untuk sarapan, makan siang dan makan malam	melakukan monitoring dan evaluasi SOP penyajian makan pasien	
		OP	* Sisa makanan yg tdk termakan oleh pasien	≤	20	%	20	%	masih terdapat makanan yang tidak dimakan oleh pasien dikarenakan kondisi pasien yang sedang tidak enak makan	1. melakukan survey kepada pasien terhadap masakan yang disajikan	
3			a. Makanan Pokok				18	%			
			b. Lauk Hewani				21	%			
			c. Lauk Nabati				26	%		2. meningkatkan pengetahuan para ahli gizi agar merencanakan menu yang lebih bervariasi	
			d. sayur				24	%			
			e. Tambahan/Snack				9	%			
		OP	* Tdk adanya kejadian kesalahan pemberian diet		100	%	0		tidak ada kesalahan dalam pemberian diet kepada pasien karena setiap makanan yang disajikan diberi label pasien	mempertahankan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target	
			a. Aspek Klinis				100	%			
			b. aspek Penyajian				100	%			
11	Transfusi Darah	I	* Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi		100	%	99%	%	Terdapat pasien Incompatible yang harus dirujuk ke PMI		
2		OP	* Kejadian reaksi transfusi	≤	0.01	%	0	%	tidak ada kejadian reaksi karena sebelum di lakukan transfusi dilakukan pemeriksaan agar sesuai dan tidak ada permasalahan	mempertahankan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target	
12	Pelayanan Kartu Sehat	P	Pemberian pelayanan kesehatan berbasis kartu keluarga dan nomor induk kependudukan kota bekasi yang berobat ke RSUD dr. Chasbullah Abdulmadiid		100	%	terpenuhi	100%	RS sudah memberikan pelayanan yang berkualitas kepada semua pasien tanpa membedakan jenis jaminan kesehatan	Mempertahankan Kualitas Pelayanan kepada semua pasien tanpa membedakan jenis jaminan kesehatan	
1											
13	Rekam Medik	OP	* Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah pelayanan		100	%	96	%	Ada beberapa form yang tidak terisi	Melakukan monitoring dan evaluasi terkait kepatuhan DPJP agar mengisi sesuai dengan ketentuan yang berlaku	
4		OP	* Kelengkapan informed Consent setelah mendapat informasi yang jelas		100	%	99	%	Administrasi kelengkapan informed consent masih ada yang terlewat (nama dokter, tanda tangan dokter dan jam)	1. Melakukan monitoring dan evaluasi terkait kepatuhan DPJP agar mengisi sesuai dengan ketentuan yang berlaku	
			- Ruang Dahlia				100	%			
			- Ruang Melati				100	%			
			- Ruang Anggrek				100	%			
			- Ruang Tulip				100	%			

						100	%			
						100	%		2. Melakukan koordinasi dengan Bidang Keperawatan mengenai mutu asuhan keperawatan	
						100	%			
						98	%			
						100	%			
						100	%			
						100	%			
						100	%			
						100	%			
		P	* Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤	10	menit	9 Menit	00 detik	Semakin cepat dalam menyiapkan berkas rekam medis	Mempertahankan kecepatan dalam menyiapkan berkas rekam medis
		P	* Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤	15	menit	9 menit	00 detik	Semakin cepat dalam menyiapkan berkas rekam medis	Mempertahankan kecepatan dalam menyiapkan berkas rekam medis
14	Pengolahan	OP	Baku mutu limbah cair sesuai standar							
	Limbah		- BOD	<	30	mg/L (100 %)	89%	%	1. Tingginya Konsentrasi Lumpur di IPAL 3	1. Melakukan monitoring secara rutin dalam menjaga kualitas IPAL
2			- COD	<	80	mg/L (100 %)	97%	%		
			- TSS	<	30	mg/L (100 %)	81%	%	2. Pipa Difuser rusak	2. Koordinasi dengan IPSRS untuk pemasangan Grease Trap di setiap aliran pembuangan.
			- PH		6-9	(100 %)	100%	%		
		P	* Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan		100	%	100%	%	1. limbah padat yang terkumpul di RS di proses sesuai dengan aturan yang berlaku	1. mempertahankan pengelolaan limbah padat sesuai aturan yang berlaku agar tidak ada yang menumpuk di RS
15	Administrasi Manajemen (Kesekretariatan)	P	* Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi		100	%	100	%	1. Pembahasan pertemuan yang sesuai dengan rencana	1. mengadakan pertemuan secara rutin dan menyelesaikan pembahsan sesuai dengan arahan direksi dan di tinjau sesuai prosedur
		P	* Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat		100	%	100	%	1. Nilai Angka Kredit Cukup, Berkas Persyaratan Lengkap	1. Kegiatan (Butir Angka Kredit) sudah direncanakan dengan baik, dan Tertib Administrasi
9		P	* Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala		100	%	100	%	1. Waktu pengurusan yang sesuai dengan PP.No 15 Tahun 2019 tentang kenaikan Gaji berkala PNS yaitu 2 tahun sekali, dan Berkas persyaratan Lengkap	1. Tertib dalam memenuhi syarat Administrasi
		I	* Karyawan yg mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥	60	%	65	%	1. konsisten Mengikuti pelatihan yang diadakan baik di RSUD atau luar sesuai dengan jumlah jam pelatihan	1. Terus mensosialisasikan terkait pelatihan-pelatihan yang ada di RSUD kepada karyawan, dan aktif mengikuti pelatihan yang menunjang kinerja.
keu		OP	* Cost Recovery	≥	40	%	89.40	%	1. belum tercukupinya tenaga medis, penyesuaian atas tarif dari beberapa unti produksi tertentu sehingga dapat dilakukan sistem subsidi silang antar satu dengan yang lain, belum adanya sistematisasi pemantauan unti kerja penghasil dan cos center di RSUD yang tersusun berdasarkan RBS per unit kerja, perlu adanya SIM RS Terintegrasi	1. koordinasi dengan bagian kepegawaian menambah tenaga medis, penyesuaian tarif perwal dan koordinasi dengan bagian SIM untuk meningkatkan software yang terintegrasi
		P	* Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan		100	%	100	%	1. sudah optimal kegiatan koordinasi dan sinkronisasi penatausahaan, palporan dan bertanggung jawaban penyusunan laporan keuangan	1. terus mempertahankan kegiatan koordinasi dan sinkronisasi penatausahaan, palporan dan bertanggung jawaban penyusunan laporan keuangan
		P	* Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rumah Sakit rawat inap	≤	2	jam	60	menit	1. Belum optimalnya kapasitas dan kemampuan SDM pengelola billing petugas administrasi	1. koordinasi dengan bagian diklat agar memberikan kemampuan dalam pengelolaan billing, serata oordinasi dengan bgaisn SIM RS agar mengembangkan aplikasi billing yang sudah terintegrasi

			Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu		100	%	100	%	1. SDM dan software untuk perhitungan laporan keuangan masih ada yg belum optimal	1. koordinasi dengan bagian kepegawaian untuk penambahan SDM dan bagian SIM RS untuk mengembangkan aplikasi agar laporan keuangan bisa berjalan dengan optimal
	sunprog	OP	* Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja		100	%	100	%	1. Keberhasilan ketercapaian dikarenakan penyusunan laporan kinerja kegiatan dilaksanakan setiap bulan sesuai dengan target yang telah disepakati	1. meningkatkan kinerja tim penyusunan laporan akuntabilitas kinerja
16	Ambulance/Kereta Jenazah	P	* Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah		24	jam	24	jam	1. Pelayanan ambulance sudah 24 jam, 3 Shift dibagi menjadi 4 grup	1. mempertahankan pelayanan ambulance sesuai dengan peraturan yaitu 24 jam
3		P	* Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit		100%	menit	93%	%	1. Kekurangan kendaraan ambulance sehingga pasien harus menunggu atau menggunakan ambulance luar (swasta)	1. Koordinasi dengan sub rumah tangga dan perlengkapan serta bagian keuangan terkait pengadaan mobil ambulance tambahan untuk operasional di RSUD
		P	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan		Sesuai ketentuan daerah		92%	%	1. pelayanan mobil ambulance masih di gunakan untuk oprasional didalam rumah sakit	1. koordinasi dengan bagian RT agar bisa menambah sarana ambulance khusus untuk pelayanan masyarakat di luar rumah sakit yang membutuhkan
17	Pemulasaraan Jenazah	P	Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah	≤	2	jam	15	menit	kecepatan dalam pelayanan pemulasaraan jenazah sudah memenuhi target nasional	mempertahankan dan melakukan monitoring secara berkala agar tetap mencapai target
1										
18	Rehabilitasi Medik	OP	Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang di rencanakan	≤	50	%	2.78%	%	kejadian DO terhadap pelayanan rehabilitasi karena pasien merasa kondisinya sudah pulih serta tidak ada biaya untuk transportasi ke RS	Meningkatkan edukasi kepada pasien jangka waktu pengobatan yang harus di tempuh dan rujukan ke rs terdekat dari rumah sehingga biaya transport tidak mahal
3		OP	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik		100	%	100%	%	pelayanan rehabilitasi medik sudah sesuai dengan SOP yang berlaku	melakukan monitoring dan evaluasi sehingga kualitas pelayanan tetap terjaga
		OC	Kepuasan pelanggan	≥	80	%	78.68%	%	waktu tunggu yang lama karena pasien yang berobat jumlahnya banyak	mengevaluasi jam layanan fisioterapi
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	P	* Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥	80	%	100%	%	masih kurang SDM , pengerjaan yang tidak urgent harus koordinasi dahulu dan buat lap tertulis, lama proses dengan jika pakai pihak ke3 dan material kurang lengkap	koordinasi dengan bagian kepegawaian untuk penambahan SDM, koordinasi dengan bagian pprs agar cepat dalam mencari pihak ke3, koordinasi dengan bagian RT dan perlengkapan untuk menyiapkan material kerja agar bisa dikerjakan
2		P	* Ketepatan waktu pemeliharaan alat		100	%	97	0		
			a. Non Medis (AC,)				95	%		
			b. Medis (.....)				93	%		
			c. Genset				100	%		
			d. Bangunan				97	%		
			e. Listrik				98	%		
20	Pelayanan Laundry		Tidak adanya kejadian linen yang hilang		100	%	100	%	1. Petugas Sampling memberikan dan mengembalikan linen yang sesuai dengan jumlah yang ada	1. Mempertahankan prosedur dalam pengambilan dan pengembalian linen sehingga tidak ada linen yang hilang
2			ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap		100	%	99	%	1. Mesin Barrier dan mesin cuci primus	1. Sudah koordinasi dengan bagian IPSRS dan sudah ditindak lanjuti

