

Pada Triwulan III Ini ada 138 Indikator yang dapat diukur dari 140 indikator karena ada 2 (dua) indikator yang diukur pada akhir tahun yaitu jenis pelayanan Administrasi dan Manajemen dengan indikator Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun. Berdasarkan hasil rekapitulasi laporan dari Bagian/Bidang/Unit terdapat 114 indikator (82,61%) yang memenuhi syarat dan masih ada 24 indikator (17,39%) yang belum memenuhi standar dari 138 indikator.

Hasil capaian secara keseluruhan seperti pada tabel berikut ini.

Hasil Capaian SPM Triwulan III Tahun 2021

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Batas Waktu Pencapaian	Standar	Capaian TW III 2021	Ket
1	Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1 tahun	100%	100%	MS
		Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam	1 tahun	100%	100%	MS
		Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/ PPGD/ GELS/ ALS)	1 tahun	100%	100%	MS
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tahun	1 TIM	1 TIM	MS
		Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	1 tahun	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	2,8 mnt	MS
		Kepuasan Pelanggan	1 tahun	≥ 70%	85%	MS
		Kematian pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat	5 tahun	≤ 2 % (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	56,09 %	BMS
		Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	1 tahun	100%	100%	MS
2	Rawat Jalan	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1 tahun	100%	100%	MS
		Ketersediaan pelayanan sesuai dengan rumah sakit kelas A	1 tahun	Klinik : anak, penyakit dalam, kebidanan, , bedah, jantung, paru, anestesi, syaraf, kulit kelamin, jiwa, rehab medik, gigi, VCT, Nyeri, THT, Radioterapi, Geriatri, Mata, Pojok DOTS, Akupunctur, Medical Check Up, Infertilitas, Paviliun	100%	MS
		Jam buka pelayanan	1 tahun	a. Senin s.d Kamis (08.00 s.d 14.00) b. Jumat (08.00 s.d 11.00)	100%	MS
		Waktu tunggu di rawat jalan	1 tahun	≤ 60 menit	36 mnt	MS
		Kepuasan Pelanggan	1 tahun	≥ 90%	83,48%	BMS

		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	1 tahun	≥60%	100%	MS
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	1 tahun	≥60%	100%	MS
		Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	1 tahun	100%	100%	MS
3	Rawat Inap	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1 tahun	Dokter Spesialis, Perawat minimal pendidikan D3	97,87%	BMS
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	1 tahun	100%	100%	MS
		Ketersediaan pelayanan rawat inap	1 tahun	Anak, jiwa, obsgyn, rehab medik, penyakit dalam, bedah, syaraf, gigi & mulut, mata, jantung, paru, kulit kelamin, THT, radioterapi, anestesi	100%	MS
		Jam visite dokter spesialis	1 tahun	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	85,42%	BMS
		Kejadian infeksi pasca operasi	1 tahun	≤ 1,5 %	0,00%	MS
		Kejadian Infeksi Nosokomial	2 tahun	≤ 1,5 %	0,35%	MS
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	1 tahun	100%	100%	MS
		Kematian pasien > 48 jam	5 tahun	≤ 0,24 %	0,41%	BMS
		Kejadian Pulang Paksa	1 tahun	< 5%	0,40%	MS
		Kepuasan pelanggan	1 tahun	≥ 90 %	83,48%	BMS
		Rawat Inap TB :				
		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	1 tahun	≥ 60 %	100%	MS
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit		≥ 60 %	100%	MS
4	Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi elektif	5 tahun	≤ 2 hari	1,04 %	MS
	(Bedah saja)	Kejadian Kematian di meja operasi	1 tahun	≤ 1 %	0 %	MS
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	1 tahun	100%	100%	MS
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	1 tahun	100%	100%	MS
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	1 tahun	100%	100%	MS
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	1 tahun	100%	100%	MS
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.	1 tahun	≤ 6 %	0 %	MS
5	Persalinan, Perinatologi dan KB	Kejadian kematian ibu karena persalinan	2 tahun	Pendarahan ≤ 1%	0%	MS
				pre-eklampsia < 30%	0%	MS
				Sepsis ≤ 0,2 %	0%	MS
		Pemberi pelayanan persalinan normal	2 tahun	Dokter Sp. OG, Dokter Umum terlatih (asuhan persalinan normal), Bidan	100%	MS
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	2 tahun	Tim PONEK yang terlatih	100%	MS
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	2 tahun	Dokter Sp. OG, Dokter Sp. A, Dokter Sp. An	100%	MS
		Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	4 tahun	100%	89%	BMS

		Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	4 tahun	≤ 20 %	61%	BMS
		Keluarga Berencana :				
		Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.Umum terlatih	2 tahun	100%	100%	MS
		Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih			100%	MS
		Kepuasan Pelanggan	2 tahun	≥ 80 %	95%	MS
6	Intensif	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1 tahun	≤ 3 %	0,04%	MS
		Pemberi pelayanan Unit Intensif	1 tahun			
		Dokter spesialis intensif dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani		Dokter spesialis intensif dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani;	100%	MS
		Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara D4		Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara (D4)	69,20%	BMS
7	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks	2 tahun	≤ 3 jam	1,43 jam	MS
		Pelaksana ekspertisi	1 tahun	Dokter Sp.Rad	100%	MS
		Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	2 tahun	Kerusakan Foto ≤ 2%	0%	MS
		Kepuasan pelanggan	1 tahun	≥ 80 %	82%	MS
8	1. Laboratorium Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1 tahun	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	114 menit	MS
		Pelaksana ekspertisi	1 tahun	Dokter Sp.PK	100%	MS
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	1 tahun	100%	100%	MS
		Kepuasan pelanggan	5 tahun	≥ 80 %	98,70%	MS
	2. Laboratorium Patologi Anatomi	Waktu tunggu hasil pelayanan di instalasi Patologi Anatomi				
		Histopatologi rutin 4x24 jam	3 tahun	100%	97,69%	BMS
		Sitologi rutin 2x24 jam			100%	MS
		Biopsi jarum 2 jam			100%	MS
		Pelaksana Ekspertisi dokter Sp. PA	1 tahun	100%	100%	MS
		Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan PA	1 tahun	100%	100%	MS
		Kualitas slide dengan pewarnaan HE	3 tahun	≥ 90 %	92%	MS
	3. Laboratorium Mikrobiologi Klinik	Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Mikrobiologi Klinik	1 tahun	100%	100%	MS
		Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan mikroskopis maksimal 1x24 jam	1 tahun	100%	100%	MS
		Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi kultur dan uji kepekaan untuk semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion) maksimal 5x24 jam	1 tahun	100%	100%	MS

		Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi untuk kultur dan uji kepekaan terhadap darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion maksimal 7x24 jam	1 tahun	100%	100%	MS
		Prevalensi kepositifan hasil kultur darah untuk bakteriologi	1 tahun	≥ 30 %	30,97 %	MS
		Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium parasitologi dan mikologi klinik pada pemeriksaan langsung (non kultur ≤ 24 jam)	1 tahun	100%	100%	MS
		Waktu tunggu hasil pelayanan parasitologi dan mikologi klinik melalui pemeriksaan kultur dan uji kepekaan maksimal 5x24 jam	1 tahun	100%	100%	MS
9	Rehabilitasi Medik	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1 tahun	≤ 50 %	22,07%	MS
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2 tahun	100%	100%	MS
		Kepuasan Pelanggan	2 tahun	≥ 80 %	86%	MS
10	Pelayanan Farmasi	Waktu tunggu pelayanan	3 tahun			
		- obat jadi		≤ 30 menit	37 menit	BMS
		- racikan		≤ 60 menit	55 menit	MS
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	3 tahun	100%	100%	MS
		Kepuasan Pelanggan	3 tahun	≥ 80 %	79,49%	BMS
		Penulisan Resep sesuai formularium	3 tahun	100%	99,88%	BMS
11	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1 tahun	≥ 90 %	100 %	MS
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	1 tahun	≤ 20%	25,36 %	BMS
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1 tahun	100%	98,72 %	BMS
12	Transfusi Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	2 tahun	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	MS
		Kejadian Reaksi transfusi	2 tahun	≤ 0,01 %	0 %	MS
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	1 tahun	100 % terlayani	100 % terlayani	MS
14	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	5 tahun	100%	92,90%	BMS
		Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	3 tahun	100%	95,67%	BMS
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	2 tahun	≤ 10 menit	100%	MS
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	2 tahun	≤ 15 menit	92,76%	BMS
15	Pengelolaan Limbah	Baku mutu limbah cair	2 tahun			
		BOD		< 30 mg/l	12	MS
		COD		< 80 mg/l	33	MS
		TSS		< 30 mg/l	9	MS
		PH		6 - 9	7,5	MS
		Mikrobiologi		5000 / 100 ml	22	MS
		Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2 tahun	100%	100%	MS
16	Administrasi & Manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1 tahun	100%	100%	MS
		Waktu penyelesaian keluhan pelanggan ≤3 hari	2 tahun	100%	100%	MS

		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	1 tahun	100%	Evaluasi Akhir Tahun	
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	1 tahun	100%	100%	MS
		Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	1 tahun	100%	100%	MS
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	3 tahun	≥ 65 %	Evaluasi Akhir Tahun	
		Cost recovery meningkat	1 tahun	≥ 80 %	171%	MS
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	1 tahun	100%	100%	MS
		Kecepatan waktu verifikasi pembayaran maksimal 2 hari	1 tahun	100%	100%	MS
		Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban BLUD maksimal 1 hari	1 tahun	100%	100%	MS
		Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban SKPD maksimal 1 hari	1 tahun	100%	100%	MS
		Kecepatan waktu verifikasi SPP (Surat Permintaan Pembayaran) maksimal 60 menit	1 tahun	100%	100%	MS
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	2 tahun	≤ 2 jam	100%	MS
		Kecepatan waktu penyelesaian pembayaran pelayanan rawat inap	2 tahun	≤ 15 menit	100%	MS
		Kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga	2 tahun	≤ 15 menit	100%	MS
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1 tahun	100%	100%	MS
		Ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	95%	MS
		Ketepatan waktu pembayaran Ganti Uang (GU) pengadaan barang/jasa anggaran SKPD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100%	MS
		Ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil maksimal 3 hari	1 tahun	≥90%	100%	MS
		Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100%	MS
		Ketepatan waktu pembuatan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP) Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100%	MS
		Ketepatan waktu pembuatan rincian Jasa Pelayanan maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100%	MS
		Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD maksimal 2 hari.	1 tahun	≥90%	100%	MS
		Ketepatan waktu penyusunan anggaran kebutuhan seluruh unit kerja	1 tahun	100%	100%	MS
17	Ambulance / Kereta Jenazah	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	1 tahun	24 jam	100%	MS
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di rumah sakit	2 tahun	≤ 30menit	100%	MS
		Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan standar waktu untuk wilayah :	1 tahun	≥ 80 %	100%	MS
		· Kecamatan Jebres < 60 menit			100%	

		· untuk wilayah diluar Kecamatan Jebres dalam wilayah Kota Surakarta < 90 menit				
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	1 tahun	≤ 2 Jam	51 menit	MS
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	2 tahun	≥ 80 %	100%	MS
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	3 tahun	100%	78%	BMS
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	2 tahun	100%	99%	BMS
20	a. Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	5 tahun	100%	100%	MS
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	5 tahun	100%	99,10%	BMS
	b. Pelayanan CSSD	Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan lain	5 tahun	100%	100%	MS
		Ketepatan waktu sterilisasi bahan dan alat	5 tahun	100%	81,41%	BMS
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	5 tahun	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	90%	MS
		Tersedia APD disetiap Instalasi	1 tahun	75%	100%	MS
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAIs (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	1 tahun	75%	95%	MS
22	Instalasi Ginjal Hipertensi	Pemberi pelayanan dialisis yang bersertifikat Hemodialisis	1 tahun	≥ 80 %	100 %	MS
		Kepuasan pelanggan ruang dialisis	1 tahun	≥ 80 %	92,42 %	MS
23	Instalasi Pengelolaan Asset Tetap	Ketepatan Pelaporan mutasi aset tetap	2 tahun	≥ 90%	86%	BMS
		Ketertiban Inventarisasi aset di setiap Ruang (KIR)	2 tahun	≥ 90%	88%	BMS
24	Instalasi Pengelola Data Elektronik	Response time pelayanan pemeliharaan perlengkapan computer instalasi pengelola data elektronik kurang dari 30 menit	1 tahun	≥ 85 %	84,39%	BMS
25	Pelayanan Radioterapi	Overall Treatment Time (OTT)	2 tahun	≥ 95 %	100%	MS
		Interval waktu Brakhiterapi	2 tahun	100%	100%	MS

Sedangkan resume hasil capaian indikator yang belum memenuhi standar tersebut sesuai lingkup bidangnya adalah sebagai berikut:

1. Lingkup Pelayanan

a. Pelayanan Gawat Darurat

Indikator kematian pasien ≤24 jam di Gawat Darurat masih belum memenuhi standar ≤2‰ yaitu sebesar 56,09‰ (capaian 3,57%). Hal ini disebabkan karena kembali meningkatnya jumlah pasien covid 19 yang masuk ke IGD baik datang sendiri maupun rujukan dari rumah sakit lain.

b. Pelayanan Rawat Jalan

Indikator Kepuasan Pelanggan di Instalasi Rawat Jalan belum memenuhi standar yaitu 83,48% dari target $\geq 90\%$.

c. Pelayanan Rawat Inap

1) Indikator Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Capaian belum mencapai standar yaitu sebesar 97,87% dari target 100% dengan standar dokter spesialis, perawat minimal pendidikan D3. Hal ini disebabkan karena sebagai rumah sakit pendidikan, pasien dilayani oleh dokter PPDS dengan persetujuan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dan perawat dengan pemantauan CI (Clinical Instructur).

2) Indikator Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator ini baru mencapai 85,42% yang seharusnya memberikan pelayanan mulai pukul 08.00 sd. pk.14.00 WIB setiap hari kerja tetapi pada kenyataannya jadwal visite dokter tidak sesuai jam kerja tersebut.

3) Kepuasan Pelanggan

Indikator Kepuasan Pelanggan di Instalasi Rawat Inap belum memenuhi standar yaitu 83,48% dari target $\geq 90\%$.

d. Pelayanan Persalinan, Perinatologi, dan KB

Ada 2 (dua) Indikator yang belum memenuhi standar pada pelayanan ini yaitu:

1) Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Indikator ini belum tercapai 100% (89%) dengan analisa bahwa banyak bayi yang membutuhkan ruang NICU dengan ventilator tetapi ruang NICU penuh serta ada keluarga yang menghendaki DNR karena masalah pembiayaan.

2) Pertolongan Persalinan melalui Sectio Cesaria

Standar indikator ini adalah $\leq 20\%$ dan capaiannya belum memenuhi standar yaitu 61%. Analisanya adalah RSUD merupakan rumah sakit rujukan terakhir (Type A) dimana kasus-

kasus obstetri kebanyakan sudah ada komplikasi baik maternal maupun letal.

e. Pelayanan Intensif

Dalam pelayanan intensif ini standar yang harus dipenuhi adalah Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara D4 tetapi ternyata masih ada perawat yang belum memenuhi standar tersebut. Dari target 100% baru terpenuhi 69,20%.

f. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

Indikator SPM pada Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi adalah Histopatologi Rutin 4x24 jam. Capaian indikator ini 97,69% dari target 100%. Penyebabnya adalah karena keterbatasan dokter spesialis patologi anatomi.

g. Pelayanan Farmasi

1) Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Standar Pelayanan Minimal indikator ini adalah ≤ 30 menit dengan realisasi 37 menit (81,08%) dengan analisa penyebab adalah kesulitan dalam melakukan konfirmasi kepada dokter, sering terjadinya kekosongan obat, persyaratan berkas yang kurang lengkap, serta resep yang datang bersamaan sehingga terjadi penumpukan.

2) Kepuasan Pelanggan

Indikator kepuasan pelanggan masih mencapai 79,49% dari standar $\geq 80\%$ yang disebabkan antara lain karena waktu tunggu lama, banyak obat kosong, dan sarana prasarana ruang tunggu pasien kurang memadai (kursi tunggu dan tempat bermain anak).

3) Penulisan Resep Formularium

Indikator ini belum mencapai target 100% (99,88%) dengan analisa penyebab adanya kasus pasien sesuai indikasi tetapi obat tidak masuk formularium RSDM, masih adanya peresepan di luar formularium nasional dimana obat tersebut pernah masuk formularium RSDM, obat yang diresepkan merupakan suplemen

yang tidak masuk formularium RSDM dan ada beberapa suplemen untuk terapi covid 19.

4) Pelayanan Gizi

1) Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Standar yang harus dicapai pada indikator ini adalah $\leq 20\%$ tetapi realisasi capaiannya 25,36% (78,86%) yang disebabkan karena cita rasa, penampilan, variasi makanan kurang menarik, dan kondisi pasien pasca operasi pasien belum mampu menghabiskan makanan yang disajikan.

2) Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet

Indikator ini belum mencapai standart 100% (98,72%). Hal ini karena kurangnya ketelitian dan pengawasan terhadap proses pendistribusian baik diruang produksi makanan oleh pramuboga maupun distribusi diruang perawatan oleh penyaji makanan.

5) Pelayanan Rekam Medik

1) Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam setelah Selesai Pelayanan

Target capaian SPM indikator ini adalah 100% tetapi hanya tercapai 92,90%. Analisa penyebabnya adalah dokter tidak konsisten dalam mendokumentasikan bukti pelayanan.

2) Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan Informasi yang Jelas

Masih mencapai 97,67% dari target 100% dengan analisa bahwa diperlukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan serta kelengkapan isi dokumen rekam medis serta sosialisasi pengisian dokumen rekam medis.

3) Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Standar Pelayanan Minimal indikator ini adalah ≤ 15 menit dan capaiannya adalah 92,76%. Analisa penyebabnya adalah adanya beban tugas yang tinggi tidak sebanding dengan jumlah tenaga dibagian filling, belum ditetapkan time frame waktu penyediaan

dokumen rekam medis untuk penyesuaian tempat pendaftaran dengan ruang filling.

6) Pelayanan Laundry

Realisasi SPM indikator Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap ini yaitu 99,10% dan target 100%. Yang menjadi analisa penyebabnya adalah pada saat penyortiran linen yang akan dikeringkan masih ada noda sehingga harus dilakukan pencucian ulang.

7) Pelayanan CSSD

Capaian indikator Ketepatan Waktu Sterilisasi Bahan dan Alat 81,41% dari standar 100% dengan analisa penyebabnya adalah adanya alat sterilisasi yang rusak dan suplai steam dari boiler yang terbatas.

2. Lingkup Keuangan

Semua indikator yang berada dalam lingkup keuangan sudah memenuhi Standar Pelayanan Minimal (100%) yaitu:

- a. Cost recovery meningkat
- b. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
- c. Kecepatan waktu verifikasi pembayaran maksimal 2 hari
- d. Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban BLUD maksimal 1 hari
- e. Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban SKPD maksimal 1 hari
- f. Kecepatan waktu verifikasi SPP (Surat Permintaan Pembayaran) maksimal 60 menit
- g. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
- h. Kecepatan waktu penyelesaian pembayaran pelayanan rawat inap
- i. Kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada kepada pihak ketiga
- j. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
- k. Ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD

kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari

- l. Ketepatan waktu pembayaran Ganti Uang (GU) pengadaan barang/jasa anggaran SKPD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari
- m. Ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil maksimal 3 hari.
- n. Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari
- o. Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD maksimal 2 hari
- p. Ketepatan waktu penyusunan anggaran kebutuhan seluruh unit kerja

3. Lingkup Umum

a. Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS

1) Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Capaian indikator ini belum memenuhi standar yaitu 78% dari standar 100%. Hal ini karena usia alat medik yang masuk masa penghapusan dan alat sudah discontinue dan alat dalam proses perbaikan rekanan/distributor.

2) Peralatan Laboratorium dan Alat Ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Capaian indikator ini belum memenuhi standar yaitu 99% dari standar 100%. Hal ini karena peralatan medik sedang digunakan untuk pemeriksaan pasien atau peralatan medik dalam kondisi rusak.

b. Instalasi Pengelolaan Aset Tetap

1) Ketepatan Pelaporan Mutasi Aset Tetap

Standar yang ditetapkan pada indikator ini yaitu $\geq 90\%$ tetapi realisasinya hanya 86%. Penyebabnya karena administrasi belum selesai.

2) Ketertiban Inventarisasi Aset di Setiap Ruangan (KIR)

Standar yang ditetapkan pada indikator ini yaitu $\geq 90\%$ tetapi realisasinya 88%. Hal ini disebabkan karena pencocokan inventaris belum selesai sebagai dampak perubahan/pindah ruangan.

c. Instalasi Pengelola Data Elektronik

Respon time pelayanan pemeliharaan perlengkapan komputer instalasi pengelola data elektronik kurang dari 30 menit.

Indikator ini belum memenuhi standar yaitu 84,39% dari target $\geq 85\%$. Hal ini dikarenakan terkendala keterbatasan Barang pengganti (terutama printer dan Komputer) dan untuk jaringan karena menunggu pihak ke 3 buat narik kabel untuk pepindahan letak komputer.