

Capaian Standar Pelayanan Minimal Triwulan III 2018

| No. | Jenis Pelayanan | | Indikator | Standar | Capaian Tahun 2017 | Triwulan I Tahun 2018 | | Triwulan II Tahun 2018 | | Triwulan III Tahun 2018 | |
|-----|-------------------------|---|--|---|---|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|
| | | | | | | Terpenuhi | Tidak Terpenuhi | Terpenuhi | Tidak Terpenuhi | Terpenuhi | Tidak Terpenuhi |
| 1 | Pelayanan Gawat Darurat | 1 | Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> | 100% | 29.6% | | 54% | | 54% | | 54% |
| | | 2 | Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat (ATLS/CLS/PPG D/GELS) yang masih berlaku | 100% | 40.1% | | 85% | | 83.4% | | 83.4% |
| | | 3 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana | Satu tim | Satu tim | Satu tim | | Satu tim | | Satu tim | |
| | | 4 | Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat | 24 jam | 24 jam | 24 jam | | 24 jam | | 24 jam | |
| | | 5 | Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang | 3 menit terlayani setelah pasien datang | 3 menit terlayani setelah pasien datang | | 3 menit terlayani setelah pasien datang | | 3 menit terlayani setelah pasien datang | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|---|---|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| | | 6 | Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 7 | Kematian Pasien Di IGD | ≤ 2 perseribu | 9,3 perseribu | | 4 perseribu | | 11 perseribu | | 8,8 perseribu |
| | | 8 | Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat | ≥ 70% | 77.3% | 75.9% | | 76.7% | | 78.6% | |
| 2 | Pelayanan Rawat Jalan | 1 | Ketersediaan Pelayanan | Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit | 65,9 % (23 jenis pelayanan, 15 jenis pelayanan yang tersedia diantaranya 4 spesialis dasar, 10 spesialis lain dan 1 sub spesialis) | | 65,2 % (23 jenis pelayanan, 15 jenis pelayanan yang tersedia diantaranya 4 spesialis dasar, 10 spesialis lain dan 1 sub spesialis) | | 65,2 % (23 jenis pelayanan, 15 jenis pelayanan yang tersedia diantaranya 4 spesialis dasar, 10 spesialis lain dan 1 sub spesialis) | | 69,6 % (23 jenis pelayanan, 16 jenis pelayanan yang tersedia diantaranya 4 spesialis dasar, 10 spesialis lain dan 2 sub spesialis) |
| | | 2 | Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis | 100% dokter spesialis | 94.9% | | 93.7% | | 93.7% | | 93.3% |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 3 | Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan | 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00-11.00 dan hari Sabtu : 08.00 s/d 12.00 | 100% terlaksana sesuai ketentuan | 100% terlaksana sesuai ketentuan | | 100% terlaksana sesuai ketentuan | | 100% terlaksana sesuai ketentuan |
| | | 4 | Waktu Tunggu Rawat Jalan | ≤ 60 menit | 30.9% | 30,7 menit | | 35,8 menit | | 32,4 menit |
| | | 5 | Penegakan Diagnosis Tuberculosis | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% |
| | | 6 | Pasien Rawat Jalan Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% |
| | | 7 | Ketersediaan Pelayanan VCT | Tersedia dengan tenaga terlatih | Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter | Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter | | Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter | | Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----|--|---|----------------|------|----------------|------|----------------|------|-------|
| | | 8 | Peresapan Obat Sesuai Formularium | 100% | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data | 100% | |
| | | 9 | Pencatatan Dan Pelaporan Tuberculosis Di Rumah Sakit | ≥ 60% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 10 | Kepuasan Pasien | ≥ 90% | 83.5% | | 83.9% | | 85.7% | | 75.4% |
| 3 | Pelayanan Rawat Inap | 1 | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | Sesuai dengan jenis dan kelas RS | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 2 | Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap | Sesuai dengan pola ketenagaan, jenis & kelas RS | 97.2% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 3 | Tempat Tidur Dengan Pengaman | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 4 | Kamar Mandi Dengan Pengaman | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 5 | Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 6 | Jam Visite Dokter Spesialis | 08.00 s/d 14.00 | 95.2% | | 94.5% | | 94.7% | | 93.9% |

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------|----|--|------------------------|---------------|--------------|-------|----------------|-------|----------------|
| | | 7 | Kejadian Infeksi Pasca Operasi | ≤ 1,5% | 1% | 0.3% | | 0% | | 0% |
| | | 8 | Kejadian Infeksi Nosokomial | ≤ 9% | 0.5% | 0.2% | | 0.7% | | 0% |
| | | 9 | Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% |
| | | 10 | Pasien Rawat Inap Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS | 100% | 61.2% | | 31.7% | | 21.6% | 34.5% |
| | | 11 | Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% |
| | | 12 | Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh | ≤ 5% | 8.4% | 2% | | 3.7% | | 2.7% |
| | | 13 | Kematian Pasien > 48 Jam | ≤ 25 perseribu | 0.8 perseribu | 14 perseribu | | 17,2 perseribu | | 17,5 perseribu |
| | | 14 | Kepuasan Pelanggan Rawat Inap | ≥ 90% | 80.9% | 90.9% | | | 74.4% | 74.9% |
| 4 | Bedah Sentral | 1 | Ketersediaan Tim Operator | Sesuai dengan kelas RS | 81.8% | | 70% | | 70% | 70% |
| | | 2 | Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi | Sesuai dengan kelas RS | 60% | | 60% | | 60% | 60% |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------|-------------------------|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|
| | | 3 | Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif | Sesuai dengan kelas RS | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 4 | Waktu Tunggu Operasi Efektif | ≤ 2 Hari | 1 Hari | 1 Hari | | 1 Hari | | 1 Hari | |
| | | 5 | Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 6 | Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 7 | Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 8 | Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 9 | Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube | ≤ 6% | 100% tdk ada komplikasi | 100% tdk ada komplikasi | | 100% tdk ada komplikasi | | 100% tdk ada komplikasi | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|-------|
| | | 10 | Kejadian Kematian Di Meja Operasi | ≤ 1% | 100% tdk ada kematian di meja operasi | 100% tdk ada kematian di meja operasi | | 100% tdk ada kematian di meja operasi | | 100% tdk ada kematian di meja operasi | |
| | | 11 | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80% | 78.7% | | 77.3% | 80.6% | | | 79.8% |
| 5 | Persalinan Dan Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) | 1 | Pemberi Pelayanan Persalinan Normal | Dokter SpOG/Dokter Umum/Bidan | 100% dokter SPOG dan Bidan | 100% dokter SPOG dan Bidan | | 100% dokter SPOG dan Bidan | | 100% dokter SPOG dan Bidan | |
| | | 2 | Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit | Tim poned terlatih | Tim Ponek terlatih | Tim Ponek terlatih | | Tim Ponek terlatih | | Tim Ponek terlatih | |
| | | 3 | Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi | Dokter SpOG/Dokter Sp.A,Dokter Sp.An | Dok.SPOG, Sp.An.Sp.A | Dok.SPOG, Sp.An.Sp.A | | Dok.SPOG, Sp.An.Sp.A | | Dok.SPOG, Sp.An.Sp.A | |
| | | 4 | Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr - 2500 Gr | 100% | 89.5% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 5 | Kemampuan Menangani Bayi Baru Lahir Dengan Asfiksia | 100% | 87.6% | 100% | | 100% | | 100% | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|----|--|---|--|--|-------|--|-------|--|----------------|
| | | 6 | Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria | ≤ 20% | 46.3% | | 61.8% | | 61.8% | | 61.9% |
| | | 7 | Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten | 100% | 100% dilakukan oleh Dok. SpOG dan Sp.Bedah | 100% dilakukan oleh Dok. SpOG dan Sp.Bedah | | 100% dilakukan oleh Dok. SpOG dan Sp.Bedah | | 100% dilakukan oleh Dok. SpOG dan Sp.Bedah | |
| | | 8 | Pelayanan Konseling Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap | 100% | 100% dilakukan oleh Bidan terlatih | 100% dilakukan oleh Bidan terlatih | | 100% dilakukan oleh Bidan terlatih | | 100% dilakukan oleh Bidan terlatih | |
| | | 9 | Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan | a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-klampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2% | a. Perdarahan 0% b. Pre-klampsia 5,7% c. Sepsis 0% | a. Perdarahan 0% b. Pre-klampsia 0% c. Sepsis 0% | | a. Perdarahan 0% b. Pre-klampsia 0% c. Sepsis 0% | | a. Perdarahan 0% b. Pre-klampsia 0% c. Sepsis 0% | |
| | | 10 | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80% | 83.9% | 82.1% | | 92.7% | | | Tidak ada data |
| 6 | Pelayanan Intensif | 1 | Pemberi Pelayanan Intensif | Sesuai kelas dan standar ICU | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|------------------------------|--|-------|---|-------|---|---------------------------------------|---|
| | | 2 | Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU | Sesuai kelas dan standar ICU | 21.9% | | 26.5% | | 26.5% | | 26.5% |
| | | 3 | Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator | Sesuai kelas dan standar ICU | 36,4% (11 bed, 4 bed yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator) | | 50% (8 bed, 4 bed yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator) | | 50% (8 bed, 4 bed yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator) | | 50% (8 bed, 4 bed yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator) |
| | | 4 | Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i> | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 5 | Kejadian Infeksi Nosokomial Di Ruang ICU | ≤ 9% | 0,4% (Phlebitis) | 1.7% | | 5.6% | | 8,4% (Phlebitis) dan 0,6% (Dekubitus) | |
| | | 6 | Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam | ≤ 3% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 7 | Kepuasan Pelanggan | ≥ 70% | 73.5% | 77.3% | | 72.9% | | | Tidak ada data |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|---|---|----------------|---|----------------|---|----------------|
| 7 | Pelayanan Pasien Keluarga Miskin | 1 | Ketersediaan Pelayanan Untuk Keluarga Miskin | Tersedia | Tersedia | Tersedia | | Tersedia | | Tersedia | |
| | | 2 | Kebijakan RS Untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin | Ada | Tidak ada | Ada | | Ada | | Ada | |
| | | 3 | Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan | ≤ 15 menit | Belum ada data | | Belum ada data | | Belum ada data | | Belum ada data |
| | | 4 | Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin | 100% | 100% tidak ada tambahan | 100% tidak ada tambahan | | 100% tidak ada tambahan | | 100% tidak ada tambahan | |
| | | 5 | Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani | 100% dilayani dengan kartu BPJS dan bahteramas dengan rujukan | 100% dilayani dengan kartu BPJS dan bahteramas dengan rujukan | 100% dilayani dengan kartu BPJS dan bahteramas dengan rujukan | | 100% dilayani dengan kartu BPJS dan bahteramas dengan rujukan | | 100% dilayani dengan kartu BPJS dan bahteramas dengan rujukan | |
| | | 6 | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80% | 91.5% | 86.5% | | 86.9% | | | 72.1% |
| 8 | Rekam Medik | 1 | Pemberi Pelayanan Rekam Medik | Sesuai persyaratan | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---|---|--|---|---|-------|---|----------------|---|----------------|
| | | 2 | Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan | ≤ 10 menit | 11,8 menit | 7,8 menit | | | 13,9 menit | | 13,4 menit |
| | | 3 | Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap | ≤ 15 menit | 14,2 menit | 10,3 menit | | 15 menit | | 15 menit | |
| | | 4 | Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan | 100% | 100% | | 84.3% | | 84,4% (Mei) | | Tidak ada data |
| | | 5 | Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan informasi Yang Jelas | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 6 | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80% | 77.9% | | 60.8% | | Tidak ada data | | 63.5% |
| 9 | Pengolahan Limbah | 1 | Adanya Penanggung Jawab pengelolaan Limbah Rumah Sakit | Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permen kes no. | Ada penanggung jawab dengan SK Direktur | Ada penanggung jawab dengan SK Direktur | | Ada penanggung jawab dengan SK Direktur | | Ada penanggung jawab dengan SK Direktur | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|----------------|---|----------------|---|----------------|
| | | | 1204 thn 2004) | | | | | | | |
| | 2 | Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit | Sesuai peraturan perundangan | Tersedia | | Tidak Tersedia | | Tidak Tersedia | | Tidak Tersedia |
| | 3 | Pengelolaan Limbah Cair | Sesuai peraturan perundangan | Tersedia | Tersedia | | Tersedia | | Tersedia | |
| | 4 | Pengelolaan Limbah Padat | Sesuai peraturan perundangan | Tersedia | Tersedia | | Tersedia | | Tersedia | |
| | 5 | Baku Mutu Limbah Cair | a. BOD ≤ 30 mg/l b. COD ≤ 80 mg/l c. TSS ≤ 30 mg/l d. PH 6-9 | a. BOD 3,30 mg/l b. COD 22,60 mg/l c. TSS 40 mg/l d. PH 8,18 (Pemerik | a. BOD 3,30 mg/l b. COD 22,6 mg/l c. TSS 40 mg/l d. PH 8,18 (Pemeriksaan Bulan Oktober 2017) | | a. BOD 3,70 mg/l b. COD 23,1 mg/l c. TSS 80 mg/l d. PH 7,57 (Pemeriksaan Bulan April 2018) | | a. BOD 1,90 mg/l b. COD 16,1 mg/l c. TSS 30 mg/l d. PH 6,85 (Pemeriksaan Bulan Agustus 2018) | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------------|---|--|-------|-----------------------------------|------|--|------|--|------|--|
| | | | | | saan Bulan Oktober 2017) | | | | | | |
| 10 | Administrasi Manajemen | 1 | Kelengkapan Pengisian Jabatan | ≥ 90% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 2 | Peraturan Internal Rumah Sakit | Ada | Ada | Ada | | Ada | | Ada | |
| | | 3 | Peraturan Karyawan Rumah Sakit | Ada | Ada | Ada | | Ada | | Ada | |
| | | 4 | Daftar Urutan Kepangkatan | Ada | Ada | Ada | | Ada | | Ada | |
| | | 5 | Perencanaan Strategi Rumah Sakit | Ada | Ada | Ada | | Ada | | Ada | |
| | | 6 | Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit | Ada | Ada | Ada | | Ada | | Ada | |
| | | 7 | Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|---|---------|----------------------------------|--|--|---|----------------|--|----------------|
| | | 8 | Ketetapan waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 9 | Ketetapan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 10 | Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM | ≥ 90% | 100% (Semua kegiatan terlaksana) | | 80% (5 macam kegiatan, 4 kegiatan yang sudah terlaksana) | 100% (5 macam kegiatan dan semua sudah terlaksana) | | 100% (5 macam kegiatan dan semua sudah terlaksana) | |
| | | 11 | Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 12 | Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap | ≤ 2 jam | Belum ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data |
| | | 13 | Cost Recovery | ≥ 60% | 96% | 359,7% (Rp.30.277.652.566.34 / 8.416.659.1 | | 92,1% (Rp. 22.737.360.148.99 / 24.699.268.127.00 x 100) | | 135,4% (Rp. 25.979.450.303.98 / 19.188.385 | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--------|--|----------------|--------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | | | | | | 89.00 x 100) (Sehat) | | | | .440.00 x 100) | |
| | | 1 4 | Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 1 5 | Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun | ≥ 60% | Tidak ada data | | Tidak Terukur | | Tidak Terukur | | Tidak Terukur |
| | | 1 6 | Ketepatan Waktu Pemberian Insentif | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| 11 | Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | 1 | Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | SK Direktur | Ada SK Direktur | Ada SK Direktur | | Ada SK Direktur | | Ada SK Direktur | |
| | | 2 | Ketersediaan Bengkel Kerja | Tersedia | Tersedia | | Tidak tersedia | | Tidak tersedia | | Tidak tersedia |
| | | 3 | Waktu Tanggap Kerusakan Alat | ≤ 15 menit | 100% | 100% | | 100% | | 100% | |
| | | 4 | Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat | 100% | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------------------------|---|---|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|----------------|-------|
| | | 5 | Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat | 100% | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data | |
| | | 6 | Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu | 100% | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data | | Tidak ada data | |
| 12 | Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) | 1 | Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih | Anggota tim PPI yang terlatih 75 % | 100% terlaksana sesuai ketentuan | 100% terlaksana sesuai ketentuan | | 100% terlaksana sesuai ketentuan | | 100% terlaksana sesuai ketentuan | | |
| | | 2 | Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departemen | ≥ 60% | 100% ada (Jumlah terbatas) | 100% ada (Jumlah terbatas) | | 100% ada (Jumlah terbatas) | | 100% ada (Jumlah terbatas) | | |
| | | 3 | Rencana Program PPI | Ada | Ada | Ada | | Ada | | Ada | | |
| | | 4 | Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana | 100% | 100% (Semua program terlaksana) | | 46,3% (38 prog terlaksana dari 82 program) | | 53,6% (64 prog terlaksana dari 82 program) | | 85.5% | |
| | | 5 | Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas | 100% | 60.2% | 100% (jumlah masih terbatas) | | 100% (jumlah masih terbatas) | | | | 84.8% |
| | | 6 | | ≥ 75% | 100% | 100% | | 100% | | 100% | | |

| | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|---|---|----------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit | | | | | | | |
| 13 | Pelayanan Keamanan | 1 | Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan | 100% | 12 % (50 orang Petugas, 6 orang yang memiliki sertifikat keamanan) | | 12 % (50 orang Petugas, 6 orang yang memiliki sertifikat keamanan) | | 12 % (50 orang Petugas, 6 orang yang memiliki sertifikat keamanan) | 12 % (50 orang Petugas, 6 orang yang memiliki sertifikat keamanan) |
| | | 2 | Sistem Pengamanan | Ada | Ada | Ada | | Ada | | Ada |
| | | 3 | Petugas Keamanan Melakukan Pengawasan Keliling Rumah Sakit | Setiap jam | Setiap jam petugas melakukan keliling RS | Setiap jam petugas melakukan keliling RS | | Setiap jam petugas melakukan keliling RS | | Setiap jam petugas melakukan keliling RS |
| | | 4 | Evaluasi Terhadap Sistem Keamanan | Setiap 3 bulan | 100% setiap bulan dievaluasi | 100% setiap bulan dievaluasi | | 100% setiap bulan dievaluasi | | 100% setiap bulan dievaluasi |
| | | 5 | Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung Dan Karyawan Yang Hilang | 100% | 100% | 100% | | 100% | | 100% |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|-------|-------|--|-------|--|-------|--|----------------|
| | | 6 | Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keamanan | ≥ 90% | 77.2% | | 84.7% | | 70.1% | | Tidak ada data |
|--|--|---|---|-------|-------|--|-------|--|-------|--|----------------|