1. **Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan**

| **No.** | **Jenis Pelayanan** | **Indikator** | | **Standar** | **2022** | **2023** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Terpenuhi** | **Tidak Terpenuhi** |
| 1 | Pelayanan Gawat Darurat | 1 | Kemampuan menangani *life saving* | 100% | 100% | 100% |  |
| 2 | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat (ATLS/CLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku | 100% | 69,32% ( Dokter 95,65% dan perawat 43%) |  | 91,345% |
| 3 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana | Satu tim | Satu tim | Satu tim |  |
| 4 | Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat | 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 |  |
| 6 | Tidak adanya keharusan Membayar Uang muka | 100% | 100% | 100% |  |
| 7 | Kematian pasien di IGD | ≤ 2 perseribu | 5,4 Perseribu | 5 perseribu |  |
| 8 | Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat | ≥ 70% | 81,25% | 79,09% |  |
| 2 | Pelayanan Rawat Jalan | 1 | Ketersediaan pelayanan | Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit | 72 Spesialis dan 6 Sub Spesialis | 72 Spesialis dan 6 Sub Spesialis |  |
| 2 | Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis | 100% dokter spesialis | 100% | 100% |  |
| 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 |  |
| 4 | Waktu tunggu rawat jalan | ≤ 60 menit | 25,68 menit | 28,08 menit |  |
| 5 | Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis | 100% | 100% |  | 20,97% |
| 6 | Pasien rawat jalan yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 95,14% |  | 83,65% |
| 7 | Ketersediaan pelayanan VCT (HIV) | Tersedia dengan tenaga terlatih | Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter | Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter |  |
| 8 | Peresapan obat sesuai formularium | 100% | 100% | 100% |  |
| 9 | Pencatatan dan pelaporan TB di RS | ≥ 60% | 99,65% | 100% |  |
| 10 | Kepuasan Pasien | ≥ 90% | 80,95% |  | 80,33% |
| 3 | Rawat Inap | 1 | Ketersediaan Pelayanan dirawat Inap | 100% | 100% | 100% |  |
| 2 | Pemberi Pelayanan di Rawat Inap | 100% | 100% | 100% |  |
| 3 | Tempat Tidur dengan Pengaman | 100% | 84,25% |  | 89,69% |
| 4 | Kamar Mandi dengan Pengaman Pegangan Tangan | 100% | 89% |  | 89,86% |
| 5 | Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap | 100% | 100% | 100% |  |
| 6 | Jam visite dokter spesialis jam 08.00 s/d 14.00 | 100% | 93,15% |  | 82,17% |
| 7 | Kejadian infeksi pasca operasi | ≤ 1,5% | 0% | 0% |  |
| 8 | Kejadian infeksi nosokomial | ≤ 9% | 1,65% | 4,04% |  |
| 9 | Pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 63.04% |  | 72,02% |
| 10 | Pencatatan dan pelaporan TB di RS | ≥ 60% | 65,77% | 100% |  |
| 11 | Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh | ≤ 5% | 1,02% | 0,98% |  |
| 12 | Kematian pasien > 48 jam | ≤ 24 perseribu | 2,87% | 3,8% perseribu |  |
| 13 | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian | 100% | 100% (tidak ada pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian) | 100% (tidak ada pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian) |  |
| 14 | Kepuasan pasien | ≥ 90% | 79,85% |  | 76,35% |
| 4 | Bedah Sentral | 1 | Ketersedian Tim Operator | RS Tipe B | 66,6% Tersedia | 66,6% Tersedia |  |
| 2 | Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi | RS Tipe B | 50% |  | 85,55% |
| 3 | Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif | 100% | 100% | 100% |  |
| 4 | Waktu tunggu operasi efektif | ≤ 2 hari | 1 Hari | 1 Hari |  |
| 5 | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100% |  |
| 6 | Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | 100% |  |
| 7 | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% | 100% |  |
| 8 | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | 100% |  |
| 9 | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan ET | ≤ 6% | 0% tdk ada komplikasi | 0% |  |
| 10 | Kejadian Kematian di Meja Operasi | ≤ 1% | 0,001% | 0% |  |
| 11 | Kepuasan pelanggan | ≥ 90% | 75,67% | 74,98% |  |
| 5 | Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | 1 | Pemberi pelayanan persalinan normal | 100% | 100% dokter SPOG dan Bidan | 100% dokter SPOG dan Bidan |  |
| 2 | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tersedia Tim Ponek Terlatih | Tim Ponek Terlatih | Tersedia Tim Ponek Terlatih |  |
| 3 | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | 100% | 100% | 100% |  |
| 4 | Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr) | 100% | 100% | 100% |  |
| 5 | Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia | 100% | 100% | 100% |  |
| 6 | Pertolongan persalinan melalui seksio sesaria | ≤ 20% | 69,38% |  | 65,44% |
| 7 | Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh dokter SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih | 100% | 100% dilakukan dokter SpOG dan Sp.Bedah | 100% dilakukan dokter SpOG dan Sp .Bedah |  |
| 8 | Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih | 100% | 100% dilakukan oleh Bidan terlatih | 100% |  |
| 9 | Kematian ibu karena persalinan | a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-klampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2% | a. Perdarahan 13,49 %  b. Pre-klampsia 27,45% c. Sepsis ≤ 10,34% | a. Perdarahan 0 % b. Pre-klampsia 0 % c. Sepsis 0 % |  |
| 10 | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 78,19% |  | 75,96% |
| 6 | Pelayanan Intensif | 1 | Pemberian pelayanan | Sesuai kelas dan standar ICU | 100% | 100% |  |
| 2 | Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU | Sesuai kelas dan standar ICU | 47,56% |  | 64,39% |
| 3 | Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator | Sesuai kelas dan standar ICU | 100% ( 8 bed dengan monitoring dan ventilator 8 bed) | 100% ( 8 bed dengan monitoring dan ventilator 8 bed) |  |
| 4 | Kepatuhan terhadap *hand hygiene* | 100% | 89,56% |  | 88,38% |
| 5 | Kejadian infeksi nosokomial | ≤ 9% | 0% | 0% |  |
| 6 | Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3% | 0% | 0% |  |
| 7 | Kepuasan pelanggan | ≥ 70% | 83,06% | 83,48% |  |
| 7 | Pelayanan Gakin | 1 | Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin | Tersedia | Tersedia | Tersedia |  |
| 2 | Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin | Ada | Ada | Ada |  |
| 3 | Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin | ≤ 15 menit | ≤ 10 menit | ≤ 10 menit |  |
| 4 | Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada keluarga miskin | 100% | 100% tidak ada tambahan | 100% tidak ada tambahan |  |
| 5 | Semua 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 |  |
| 6 | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 74,78% |  | 77,50% |
| 8 | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) | 1 | Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih | Anggota tim PPI yang terlatih 75 % | 100% terlaksana sesuai ketentuan | 100% terlaksana sesuai ketentuan |  |
| 2 | Ketersediaan APD ( Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departmen | ≥ 60% | 100% | 100% |  |
| 3 | Rencana Program PPI | Ada | Ada | Ada |  |
| 4 | Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana | 100% | 75,06% |  | 76,55% |
| 5 | Penggunaan APD saat melaksanakan tugas | 100% | 92,03% |  | 93,92 |
| 6 | Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/Health Care Associated Infection (HAI) di Rumah Sakit | ≥ 75% | 100% | 100% |  |

1. **Lingkup Pelayanan Penunjang**

| **No.** | **Jenis Pelayanan** | **Indikator** | | **Standar** | **2022** | **2023** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Terpenuhi** | **Tidak Terpenuhi** |
| 1 | Pelayanan Radiologi |  | Pemberian pelayanan Radiologi | Dokter spesialis radiologi, Radiografer | Dokter spesialis radiologi, Radiografer |  |  |
|  | Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS |  |  |
|  | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 Jam | 1,58 Jam | 1 Jam |  |
|  | Kerusakan foto | Kerusakan foto < 2 % | 0,56 % | 0,5 % |  |
|  | Tidak terjadinya kesalahan pemberian label | 100% | 100 % | 100 % |  |
|  | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi | 100% | 100 % | 100 % |  |
|  | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 75,60 % | 82, 5 % |  |
| 2 | Pelayanan Patologi Klinik |  | Pemberi pelayanan patologi klinik | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS |  |
|  | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS |  |
|  | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik | ≤ 120 menit Kimia darah & darah rutin | 47,4 Menit | 59,9 Menit |  |
|  | Tidak adanya kejadian tertukar specimen | 100% | 100 % | 100 % |  |
|  | Kemampuan memeriksa HIV AIDS | Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen | Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen | Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen |  |
|  | Kemampuan mikroskopik TB paru | Tersedia tenaga dan peralatan | Tersedia tenaga dan peralatan | Tersedia tenaga dan peralatan |  |
|  | Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium | Dokter Spesialis patologi klinik | Dokter Spesialis patologi klinik | Dokter Spesialis patologi klinik |  |
|  | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100% | 100% |  |
|  | Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal | 100 % | 100 % | 100 % |  |
|  | Jumlah pemeriksaan yang di ulang | <2% | 0,88 % |  |  |
|  | Jlh parameter yg diperiksa yg sesuai | 100 % | 100 % | 100 % |  |
|  | Kepuasan pelanggan | ≥80 % | 93,4 % |  |  |
| 3 | Pelayanan Rehabilitasi Medik |  | Pemberian pelayanan rehabilitasi medik | Sesuai persyaratan RS | Sesuai persyaratan RS | Sesuai persyaratan RS |  |
|  | Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik | Sesuai persyaratan RS | Sesuai persyaratan RS | Sesuai persyaratan RS |  |
|  | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100 % | 100 % | 100 % |  |
|  | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan | ≤ 50 % | 0 % | 0 % |  |
|  | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80 % | 75 % | 84,0 % |  |
| 4 | Pelayanan Kefarmasian |  | Pemberian pelayanan farmasi | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS |  |
|  | Fasilitas dan peralaran pelayanan farmasi | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS |  |
|  | Ketersediaan formularium | Tersedia dan update paling lama 3 tahun | Tersedia dan update paling lama 3 tahun | Tersedia dan update paling lama 3 tahun |  |
|  | Waktu tunggu pelayanan Obat jadi | ≤ 30 menit | 16, 67 Menit | 19,7 Menit |  |
|  | Waktu tunggu pelayanan Obat racikan | ≤ 60 menit | 30,72 Menit | 50,2 Menit |  |
|  | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100 % | 100 % | 100 % |  |
|  | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 78,83 % | 80,7 % |  |
|  | Penulisan resep sesuai formularium | 100 % | 97,64 % | 99 % |  |
| 5 | Pelayanan Gizi |  | Pemberian pelayanan gizi | Sesuai pola ketenagaan tersedia | Sesuai pola ketenagaan tersedia | Sesuai pola ketenagaan tersedia |  |
|  | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi | Sesuai pola ketenagaan tersedia | Sesuai pola ketenagaan tersedia | Sesuai pola ketenagaan tersedia |  |
|  | Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien | 100 % | 100 % | 100 % |  |
|  | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100 % | 100 % | 100 % |  |
|  | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≤ 20 % | 11,16 % | 12 % |  |
|  | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 77,28 % |  | 77,6 % |
| 6 | Pelayanan Tranfusi Darah |  | Tenaga penyedia pelayanan BDRS | Sesuai standar BDRS | Sesuai standar BDRS | Sesuai standar BDRS |  |
|  | Ketersediaan fasilitas dan peralatan BDRS | Sesuai standar BDRS | Sesuai standar BDRS | Sesuai standar BDRS |  |
|  | Kejadian Reaksi transfusi | ≤ 0,01 % | 0,20 % |  | 3,2 % |
|  | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100 % terpenuhi | 98,93 % |  | 91 % |
|  | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80 % | 73,45 % |  | 58,9 % |
| 7 | Ambulance/ Kereta Jenazah |  | Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah | 24 jam | 24 jam | 24 jam |  |
|  | Penyediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah | Supir ambulans terlatih | Supir ambulans terlatih | Supir ambulans terlatih |  |
|  | Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah | Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah | Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah | Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah |  |
|  | Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ mobil jenazah di RS | ≤ 30 menit | 22 Menit | 10,6 Menit |  |
|  | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah kepada masyarakat yg membutuhkan | ≤ 30 menit | 22 Menit | 5,7 Menit |  |
|  | Tidak terjadi kecelakaan ambulans berakibat kematian | 100% | 100 % | 100 % |  |
|  | Kepuasan pasien | ≥ 80 % | 78 % | 79,3 % |  |
| 8 | Perawatan jenazah |  | Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS |  |
|  | Ketersediaan fasilitas kamar jenazah | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS | Sesuai kelas RS |  |
|  | Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah | Ada SK Direktur | Ada SK Direktur | Ada SK Direktur |  |
|  | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah | 15 menit setelah dikamar jenazah | 22 Menit | 57 Menit |  |
|  | Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution | 100% | 100 % | 100 % |  |
|  | Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah | 100% | 100 % | 100 % |  |
|  | Kepuasan pasien | ≥ 80 % | 78 % |  | 79,3 % |
| 9 | Pelayanan laundry |  | Ketersediaan pelayanan laundry | Tersedia | Tersedia | Tersedia |  |
|  | Adanya penanggungjawab pelayanan laundry | Ada SK Direktur | Ada SK Direktur | Ada SK Direktur |  |
|  | Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry | Tersedia | Tersedia | Tersedia |  |
|  | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan | 100% | 100 % | 100 % |  |
|  | Ketepatan pengelolaan linen infeksius | 100 % | 100 % | 100 % |  |
|  | Ketersediaan linen | 2,5-3 set tiap TT | 5,68 % | 17 % |  |
|  | ketersedian linen steril untuk kamar operasi | 100% | 100 % | 100 % |  |

1. **Lingkup Administrasi dan Manajemen**

| **No.** | **Jenis Pelayanan** | **Indikator** | | **Standar** | **2022** | **2023** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Terpenuhi** | **Tidak Terpenuhi** |
| 1 | Rekam Medik | 1 | Pemberi pelayanan rekam medik | Sesuai persyaratan | 100% | 100% |  |
| 2 | Waktu penyedia dokumen rekam untuk rawat jalan | ≤ 10 menit | 10 menit |  | 10,58 menit |
| 3 | Waktu Penyediaan dokumen rekam untuk rawat inap | ≤ 15 menit | 15 menit | 14,58 menit |  |
| 4 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 85% |  | 76,90% |
| 5 | Kelengkapan informed concent setelah mendapatakan informasi yang jelas | 100% | 100% | 100% |  |
| 6 | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 81,54% | 83,38% |  |
| 2 | Pengolahan Limbah | 1 | Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit | Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes no. 1204 thn 2004) | Ada penanggung jawab dengan SK Direktur | Ada penanggung jawab dengan SK Direktur |  |
| 2 | Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat dan cair | Sesuai peraturan perundangan | Tidak Tersedia (dipihak ketigakan PT. Artama Sentosa Indonesia) | Dilakukan dengan dipihak ketiga PT. Artama Sentosa Indonesia |  |
| 3 | Pengelolaan limbah cair | Sesuai peraturan perundangan | Tersedia | Tersedia  (Limbah Cair Dialirkan Melalui Saluran IPAL) |  |
| 4 | Pengelolaan limbah padat | Sesuai peraturan perundangan | Tersedia | Tersedia |  |
| 5 | Baku mutu limbah cair | a. BOD ≤ 30 mg/I b. COD ≤ 80 mg/I c. TSS ≤ 200 mg/I d. PH 6-9 | a. BOD 4,70 mg/I b. COD 19,82 mg/I  c. TSS 40,5 mg/I d. PH 6,81 | a. BOD 5,89 mg/I b. COD 21,71 mg/I  c. TSS 50,83 mg/I d. PH 6,88 |  |
| 3 | Administrasi dan Manajemen | 1 | Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam tructural organisasi | ≥ 90% | 100% | 100% |  |
| 2 | Adanya peraturan internal rumah sakit | Ada | Ada | Ada |  |
| 3 | Adanya peraturan karyawan rumah sakit | Ada | Ada | Ada |  |
| 4 | Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan | Ada | Ada | Ada |  |
| 5 | Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit | Ada | Ada | Ada |  |
| 6 | Adanya perencanaan pengembangan SDM | Ada | Ada | Ada |  |
| 7 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 100% | 100% |  |
| 8 | Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100% | 100% |  |
| 9 | Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | 100% |  |
| 10 | Pelaksanaan rencana pengembangan SDM | ≥ 90% | 75% (4 macam kegiatan, 3 kegiatan yang sudah terlaksana yakni 24 orang Izin Belajar/Tugas belajar , 2 orang pelatihan/jafung dan Kredensial dokter 40 orang, kredensial dokter 30,nakes lain 10 orang ) |  | 50% (4 macam kegiatan, 2 kegiatan yang sudah terlaksana yakni 6 orang Izin Belajar/Tugas belajar, Kredensial 43 orang) |
| 11 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 100% | 100% |  |
| 12 | Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam |  |
| 13 | Cost recovery | ≥ 60% | 87,11 % | 94,24% |  |
| 14 | Kelengkapan pelaporan ankuntabilitas kinerja | 100% | 100% | 100% |  |
| 15 | Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun | ≥ 60% | 4,34% |  | 17,58% |
| 16 | Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu | 100% | 100% | 100% |  |
| 4 | Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit | 1 | Adanya Penanggung Jawab IPSRS | SK Direktur | Ada SK Direktur | Ada SK Direktur |  |
| 2 | Ketersediaan Bengkel Kerja | Tersedia | Tidak Tersedia | Tidak Tersedia |  |
| 3 | Waktu Tanggap Kerusakan Alat | ≥ 80% | 100% | 91,09% |  |
| 4 | Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat | 100% | 76,75% |  | 90,95% |
| 5 | Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat | 100% | 67,49% | 100% |  |
| 6 | Alat ukur dan Alat Laboratorium yang dikalibrasi Tepat Waktu | 100% | 52,25% | 100% |  |
| 5 | Pelayanan Keamanan | 1 | Petugas Keamanan Bersertifikat Keamanan | 100% | 73,7% (38 orang Petugas, 28 orang yang memiliki sertifikat keamanan) |  | 78,96% (dari 38 orang petugas, 31 orang yang memiliki sertifikat keamanan) |
| 2 | Sistem Pengamanan | Ada | Ada | Ada |  |
| 3 | Petugas Keamanan Melakukan Keliling Rumah Sakit | Setiap jam | Setiap jam petugas melakukan keliling RS | Setiap jam petugas melakukan keliling RS |  |
| 4 | Evaluasi Terhadap System Keamanan | setiap 3 bulan | 100% setiap bulan dievaluasi | 100% setiap bulan dievaluasi |  |
| 5 | Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung dan Karyawan yang hilang | 100% | 100% | 100% |  |
| 6 | Kepuasan pelanggan | ≥ 90% | 82,08% |  | 80,61% |