

**LAPORAN KETERANGAN  
PERTANGGUNGJAWABAN (LKPj)  
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN TAHUN  
2020**



**Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398



**Tabel : Evaluasi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal RSUD. Dr.Muhammad Zein Painan**

**Periode Januari s/d Desember Tahun 2020**

NO	JENIS PELAYANAN	Uraian	STANDAR PELAYANAN MINIMAL					
			STANDAR	2020	KETERANGAN			
No	JENIS PELAYANAN	URAIAN	STANDAR	TARGET	REALISASI	LOKASI ANGGARAN	DUKUNGAN PERSONIL	PERMASALAHAN DAN SOLUSI
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>live saving</i>	100%	100%	Sesuai standar, karena peralatan kegawatdaruratan tersedia dengan kondisi siap pakai			
		2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD	100%	95%	Realisasi : 90,74, Belum sesuai standar, karena masih ada staf yang tidak punya salah satu sertifikat yang disyaratkan, staf ini adalah staf yang baru. Hal ini perlu menjadi perhatian saat melakukan rotasi staf.			
		3. Ketersediaan tim penanganan bencana	1 Tim	1 Tim	Sesuai standar karena tim penanganan bencana sudah tersedia			
		4. Pemakaian PIN identitas petugas selama pelayanan	100%	95%	Realisasi 100%, terbangunnya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan			



				dengan memakai Pin identitas			
		5. Hand hygiene					
	Sebelum kontak dengan pasien	100%	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah kontak dengan pasien	100%	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	6. Jam buka 24 jam	24 jam	24 jam	Sesuai standar, pelayanan IGD dilaksanakan selama 24 jam			



		7. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	<b>≤ 5 Mnt terlayani setelah pasien datang</b>	≤ 3-5 Mnt	Rata-rata 2-4 menit, Sesuai standar, karena sesuai SPO setiap pasien yang datang respon time tidak boleh melebihi 5 menit dan setiap pasien ada perawat yang bertanggungjawab yang segera melaporkan bila ada pasien baru ke dokter jaga IGD			
		8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100% Sesuai target pencapaian, karena tidak ada pasien yang harus membayar uang muka terlebih dahulu sebelum mendapatkan pelayanan			
		9. Kematian pasien di IGD	<b>≤ 2 perseribu</b>	≤2/ 1000	Realisasi 0,09 : Sesuai target pencapaian			
		10. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/mati	<b>100 %</b>	100 %	sesuai standar			
		11. Kepuasan pelanggan IGD	<b>≥ 70%</b>	≥70 %	Sesuai standar			
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Ketersediaan pelayanan sesuai dengan kelas RS	<b>a.Klinik Anak b.Klink PD c.Klinik bedah d.Klinik Obsgyn</b>	a. Klinik Anak b.Klink PD c.Klinik bedah d.Klinik Obsgyn	Sesuai standar dan untuk saat ini telah tersedia spesialis lain diluar 4 spesialis dasar, yaitu : Mata, THT, Neurologi, Jiwa, Paru, dan Jantung dan Bedah Syaraf			



		2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	<b>100 % dokter Spesialis</b>	100%	Sesuai standar , dengan telah tersedianya dokter spesialis lebih dari 1 orang dimasing-masing spesialisasi			
		3. Pemakaian PIN identitas petugas selama pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		4. Hand higiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Jam buka pelayanan sesuai ketentuan :  08.00-14.00 wib setiap hari kerja, kecuali Jum'at : 08.00-11.00 wib	<b>08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 s/d 11.00</b>	100%	Sesuai standar			
	5.	Waktu tunggu Rawat Jalan	<b>≤ 60 menit</b>	120 menit	Realisasi rata-rata 150 menit, walaupun ada beberapa spesialis yang rutin pelayanan mulai jam 08.00 atau jam 09.00 wib yaitu : 1. Klinik Paru 2. Klinik Neurologi 3. Klinik Bedah			
	6.	a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB  b. Pasien rawat jalan TB yang dilayani dengan strategi DOTS	<b>100%</b>  <b>100%</b>	95%  100%	Realisasi 56,88%, kemungkinan disebabkan oleh : - Faktor pasien dimana sputum tidak tidak bisa didapatkan - Pemeriksaan sputum telah dilakukan dengan hasil negative, tetapi dari tanda gejala dan pemeriksaan radiologi pasien terdiagnosa TBC  Realisasi 100%, dengan adanya Klinik Paru dan petugas DOTS			
	7.	Ketersediaan	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai target pencapaian, karena mulai bulan			



		<p>elayanan VCT (HIV), PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan)</p>			<p>Januari 2020 telah dibuka klinik PDP untuk pelayanan penderita HIV</p>			
		<p>8. Peresepan obat sesuai formularium</p>	<p><b>100%</b></p>	<p>95%</p>	<p>Realisasi 100%, karena setiap pengadaan obat selalu melalui usulan dokter spesialis yang berpedoman pada formularium rumah sakit</p>			
		<p>9. Pencatatan, pelaporan TBC di rumah sakit</p>	<p><b>100%</b></p>	<p>95%</p>	<p>Realisasi 100%, dengan adanya Klinik Paru dan petugas DOTS, dan petugas khusus pelaporan TBC</p>			
		<p>10. Kepuasan pelanggan di rawat jalan</p>	<p><b>≥ 90%</b></p>	<p>90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belum sesuai target pencapaian, salah satunya kemungkinan disebabkan oleh ruang tunggu yang tidak dapat penampung pasien, sehingga banyak pasien tidak dapat tempat duduk dan mengeluhkan tidak nyaman</li> <li>- Pendingin ruangan juga tidak memadai, sehingga ruang tunggu terasa panas</li> <li>- Untuk petugas pendaftaran, walaupun belum mencapai angka 90%, namun sudah pada angka 81%</li> </ul>	-	-	-
3	<p>Pelayanan Rawat Inap (Ranap)</p>	<p>1. Ketersediaan pelayanan sesuai kelas RS</p>	<p><b>a. Bedah b. Penyakit Dalam c. Bedah d. Kebidanan</b></p>	<p>a. Bedah b. Penyakit Dalam c. Bedah d. Kebidanan</p>	<p>Sesuai standar dan saat ini sudah tersedia rawat inap untuk pasien Neurologi, Paru dan Jantung</p>			
		<p>2. Pemberi pelayanan :</p>	<p><b>Dokter spesialis</b></p>	<p>100%</p>	<p>Untuk spesialis sudah sesuai pencapaian target 100%, dan setiap rawat inap telah mempunyai 1</p>			





		dokter spesialis, dokter umum	<b>Dokter umum Tenaga</b>		(satu) orang dokter umum			
		3. Pemberi pelayanan : perawat minimal D3	<b>Perawat Minimal D3</b>	99%	Realisasi 99%, karena masih ada 2 orang staf perawat yang berpendidikan SPK, namun saat ini 1 (satu) orang sedang melanjutkan pendidikan			
		4. Tempat tidur dengan pengaman	<b>100%</b>	100%	Sesuai target pencapaian			
		5. Pengaman tempat tidur selalu terpasang pada pasien resiko jatuh (lansia, anak-anak, pasien penurunan kesadaran)	<b>100%</b>	90%	Realisasi 99%, karena masih ditemukan pada beberapa pasien resiko jatuh yang sedang ditunggu keluarga tidak terpasang pagar pengaman tempat tidur, namun tetap dipasangkan kembali dengan pemberian edukasi pada keluarga tentang pentingnya memasang pagar tempat tidur pada pasien resiko jatuh.			
		6. Kamar mandi dengan pengaman pegangan	<b>100%</b>	<b>100%</b>	Sesuai standar			
		7. Dokter spesialis DPJP pasien rawat inap	<b>100%</b>	<b>100%</b>	Sesuai standar			
		8. Pemakaian PIN identitas petugas selama pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunnya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan			





				standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		<b>9. Hand hygiene</b>					
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat		
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat		
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat		
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat		
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat		
		10. Jam visite spesialis, sesuai	<b>100%</b>	100%	Belum sesuai standar, karena masih ditemukan ada dokter yang melakukan kunjungan (visite) diatas		



		ketentuan : 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja			jam 14.00 wib dan ada dokter spesialis yang tidak tiap hari (hari kerja) melakukan visite, namun dokter yang bersangkutan telah diingatkan kembali tentang jam visite			
		11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, karena telah ada petugas khusus TB DOTS			
		12. Pencatatan dan pelaporan TB	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, karena telah ada petugas khusus TB DOTS			
		13. Kejadian infeksi pasca operasi : ≤ 1.5%	<b>≤ 1.5%</b>	≤ 1.5%	Realisasi 0,15 %, karena telah dilaksanakan SPO PPI dan dilakukan pengawasan oleh IPCN			
		14. Angka kejadian HAIs : ≤ 9%	<b>≤ 9%</b>	<b>≤ 9%</b>	Realisasi : VAP : 0, HAP : 0, IADP : 0, ISK : 0, Phelebitis : 0,26%			
		15. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	<b>100%</b>	100 %	Sesuai standar			
		16. Kematian pasien ≤ 48 jam  Kematian pasien > 48 jam	<b>≤25/1000</b>	≤25/1000  ≤25/1000	Realisasi 22,54/1000  Realisasi 37,84/1000, tidak sesuai target pencapaian, kemungkinan disebabkan kondisi pasien yang dirawat sudah dalam fase terminal karena rumah sakit painan merupakan rumah sakit rawatan tingkat lanjut			
		17. Kejadian pulang sebelum	<b>≤5%</b>	≤5%	Realisasi 7,05, angka pulang paksa tertinggi ada pada ruang Perinatologi, Bedah dan Interne			



		dinyatakan sembuh			<p>kemungkinan disebabkan oleh :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masa rawatan bayi yang lama membuat keluarga jenuh menunggu bayi, akhirnya minta pulang walaupun bayi belum boleh dibawa pulang</li> <li>- Keinginan pasien pulang karena pada beberapa kondisi pasien sudah tidak mau lagi dirawat, atau tidak punya biaya untuk keluarga yang menunggu.</li> <li>- Adanya pandemi COVID-19, saat pasien menjadi PDP (Pasien Dalam Pengawasan) keluarga menolak dan membawa pasien pulang</li> </ul>			
		18. Kepuasan pelanggan	<p>≥90%</p> <p>(target 2019 : 80%)</p>	76.10% (Hasil Survey tahun 2019)	<p>Belum sesuai standar, kemungkinan disebabkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aturan-aturan yang berlaku dalam rangka memenuhi standar akreditasi, seperti harus adanya ketentuan jam kunjungan, pengamanan pasien, sehingga diberlakukan pembatasan jumlah penunggu pasien dan pembatasan jam berkunjung</li> <li>- Hampir 90% pasien adalah peserta jaminan kesehatan (BPJS), kelengkapan syarat administrasi BPJS juga menimbulkan kesan pasien dipersulit terutama pada pasien-pasien yang status kepersertaannya bermasalah seperti nuggak pembayaran dan lain-lain</li> </ul>			
4	Pelayanan Kamar Operasi	1. Ketersediaan tim bedah (sesuai	100%	90%	Realisasi 90%, Sesuai taget pencapaian, dengan adanya penambahan 1 (satu) orang dokter			



		dengan RS Tipe C) - Dokter Operator - Dokter Anastesi - Asisten - Instrumen - Runner			Anastesi, sehingga jumlah dokter anastesi saat ini 2 (dua) orang.			
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi (sesuai dengan RS Tipe C)	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		3. Kemampuan melakukan tindakan operasi (sesuai dengan RS Tipe C)	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		4. Hand hygiene						
		5. Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		6. Sebelum melakukan tindakan aseptik	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



	7. Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	8. Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	9. Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	10. Waktu tunggu operasi elektif	<b>≤ 2 hari</b>	≤ 2 hari	Realisasi 1 hari, dengan jumlah dokter bedah dan spesialis Anastesi yang sudah memadai			
	11. Pelaksanaan operasi diawali dengan sign in	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
	12. Pelaksanaan operasi diawali dengan time in	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
	13. Pelaksanaan operasi ditutup dengan sign out	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
	14. Kejadian kematian di meja operasi	<b>≤1%</b>	0%	Sesuai standar			



		15. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar, karena tidak ada kejadian operasi salah sisi, sesuai dengan SPO pasien yang akan menjalani operasi harus dilakukan penandaan lokasi operasi			
		16. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar, dengan diberlakukannya SPO identifikasi pasien, yaitu setiap pasien yang dirawat dipasangkan gelang identitas, maka kejadian operasi salah orang dapat dihindari			
		17. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar, dengan diberlakukannya SPO tim in sebelum tindakan operasi dimulai, maka kejadian salah tindakan pada operasi dapat dihindari			
		18. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar, dengan diberlakukannya SPO tim out setelah tindakan operasi, yaitu menghitung semua peralatan dan bahan yang dipakai selama kegiatan operasi selesai, maka kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi dapat dihindari			
		19. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	<b>≤ 6%</b>	0%	Sesuai standar, karena sebelum dilakukan operasi dilakukan penimbangan Berat Badan pasien untuk menentukan dosis obat yang akan diberikan dan selama dalam masa pembedahan dan pembiusan dilakukan monitoring dan pengawasan oleh dokter anestesi ataupun perawat anestesi			
		20. Kepuasan pelanggan	<b>≥80%</b>	80%	Belum sesuai target pencapaian			



5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1. Pemberi pelayanan persalinan normal : Dokter Spesialis/Dokter umum (terlatih Asuhan Persalinan Normal)/Bidan	100%	100%	Sesuai standar, karena Sp.OG berjumlah 3 orang, dokter umum sudah mendapat pelatihan APN dan petugas yang dinas 100% bidan dengan pendidikan D.III Kebidanan			
		2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit :Tim PONEK yang terlatih	100%	100%	Sesuai standar, karena : - Pemberi pelayanan penyulit (tim PONEK) adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat terlatih - Tim PONEK sudah mendapatkan pelatihan PONEK			
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi						
		a. Dokter Sp.OG	100%	100%	Sesuai standar, karena hanya dokter spesialis obstetri ginekology yang boleh melakukan tindakan operasi			
		b. Dokter Anak	100%	0%	Belum sesuai standar			
		c. Dokter Anastesi	100%	90%	Realisasi 63,60%			
		4. Kemampuan	100%	95%	Realisasi 83,91, Belum sesuai target pencapaian,			





		menangani BBLR 1.500-2.500 gr			kemungkinan disebabkan oleh : bayi sudah dalam kondisi berat			
		5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	<b>100%</b>	95%	Realisasi 76,47% Belum sesuai target pencapaian, kemungkinan disebabkan bayi dalam kondisi asfiksia berat			
		6. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		7. Hand Hygiene				8.	9.	10.
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		10. Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria	<b>≤ 20%</b>	25%	Realisasi 20,57%, kemungkinan disebabkan oleh :  - Keberadaan Bidan/Puskesmas saat ini sudah mencukupi dan mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga ibu-ibu hamil tanpa penyulit tidak akan datang ke rumah sakit untuk melahirkan.  - Dalam era BPJS dan Program Jampersal, pasien melahirkan yang boleh dirujuk ke RS Painan adalah pasien dengan kondisi penyulit dan tidak bisa dilakukan persalinan oleh Bidan, walaupun pasien sebelumnya telah melakukan pemeriksaan kehamilan /ANC (Ante Natala Care) di RSUD. Painan			
		11. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SPOG atau SPB, atau dokter umum terlatih	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar, karena setiap tindakan kontrasepsi mantap hanya dilakukan oleh dokter spesialis obstetry ginekology			



		12. Konseling peserta KB mantap oleh Bidan terlatih	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar, setiap pasien KB mantap mendapat konseling			
		13. Kejadian kematian Ibu karena Persalinan						
		Pendarahan	<b>≤ 1%</b>	≤ 1%	Realisasi 0			
		Preeklamsi	<b>≤ 30%</b>	≤ 30%	Realisasi 0			
		Sepsis	<b>≤ 0,2%</b>	≤ 0,2%	Realisasi 0			
		14. Kepuasan pelanggan	<b>≥80%</b>	≥80%	Belum sesuai target pencapaian, kemungkinan disebabkan masih ada pasien yang tidak puas terhadap pelayanan petugas dan fasilitas yang tersedia, ditambah prosedur administrasi kepesertaan BPJS yang harus dipenuhi oleh pasien. Angka kepuasan terhadap dokter 78,86 dan perawat 77,32			
6	Pelayanan ICU (Intensive care unit )	1. Pemberi Pelayanan Intensif						
		2. Dokter spesialis anastesi	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan adanya penambahan 1 (satu) orang dokter spesialis Anastesi			



		3. D3 dengan sertifikasi ICU	<b>100%</b>	80%	Realisasi 0%, pelatihan yang dimaksud adalah pelatihan resmi secara magang selama 4-6 bulan dan ini membutuhkan biaya yang cukup besar			Membutuhkan biaya ± Rp.30.000.000/orang
		4. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU (sesuai dengan tipe C)	<b>100%</b>	95%	Realisasi 90% Belum sesuai dengan target pencapaian, sehubungan belum tersedia fasilitas sesuai kebutuhan salah satunya alat rontgen Portable yang dibutuhkan oleh pasien dengan penurunan kesadaran			
		5. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%			
		6. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		7. Hand Hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Sebelum melakukan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap			



		tindakan aseptik			protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		5. Rata- rata pasien yang kembali keperawatan Intensive Care Unit (ICU) dengan kasus yang sama < 72 jam	<b>≤ 3%</b>	<b>≤ 3%</b>	Realisasi 0			
		6. Kejadian Infeksi HAIs di ICU	<b>≤ 21%</b>	<b>≤ 21%</b>	Realisasi 0			
		7. Kepuasan Pelanggan	<b>≥70%</b>	<b>≥70%</b>	Sesuai target pencapaian			



7.	Pelayanan Radiologi	1. Pemberi Pelayanan Radiologi : Dokter spesialis Radiologi	<b>100%</b>	50%	Realisasi 15%, sehubungan dokter spesialis radiologi masih referral 1 kali seminggu			Mengirimkan peserta pendidikan spesialis Radiologi atau dilakukan Rekrutmen lulusan spesialis Radiologi
		2. Pemberi Pelayanan Radiologi: Radiografer	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		3. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan rongten adalah Dokter Sp. Rad	<b>100%</b>	60%	Realisasi 6,56%, sehubungan dokter spesialis radiologi masih referral 1 kali seminggu			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		4. Hand Hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



		Sebelum melakukan tindakan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		5. Waktu tunggu hasil pelayanan foto torax	<b>≤ 3 jam</b>	≤ 3 jam	Realisasi 15 menit			
		6. Tidak ada kesalahan pemberian label	<b>100%</b>	0	Realisasi 0			
		7. Kerusakan foto	<b>≤ 2%</b>	≤ 2%	Realisasi 1,1%			
		8. Kepuasan Pelanggan	<b>≥80%</b>	-	Belum dilakukan survey			





8.	Pelayanan Laboratorium	1. Pemberi Pelayanan di Laboratorium : Dokter Patologi Klinik	100%	100%	Sesuai target pencapaian			
		2. Pemberi Pelayanan di Laboratorium : D3 Analis Kesehatan	100%	98%	Belum sesuai target pencapaian, karena masih ada 2 (dua) orang petugas dengan latar pendidikan D.I Analis			
		3. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan Laboratorium adalah Dokter Sp. PK	100%	100%	Sesuai standar, sehubungan dengan dokter spesialis Patologi Klinik menetap sudah tersedia			
		4. Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium	100%	100%	Realisasi 90%, karena masih ditemukan beberapa kasus dilakukan pemeriksaan ke luar sehubungan reagen yang tidak tersedia.			
		5. Pemakaian Pin Identitas petugas selama Pelayanan	100%	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		6. Hand Hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	100%	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang			



					salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		7. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium rutin dan kimia darah	<b>≤ 140 menit</b>	118 menit	Realisasi 45,76			
		8. Tidak adanya kejadian tertukar, spesimen pemeriksaan laboratorium	<b>100%</b>	100%	Realisasi 99,99%, kemungkinan karena kurang ketelitian dari petugas dan jumlah pasien yang dilayani tidak sebanding dengan petugas yang ada			



		9. Kemampuan pemeriksaan HIV AIDS : tersedianya tenaga, peralatan dan reagen	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar			
		10. Kemampuan mikroskopis TB Paru	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar			
		11. Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	<b>100%</b>	0	Realisasi 99,99%, kemungkinan karena kurang ketelitian dari petugas dan jumlah pasien yang dilayani tidak sebanding dengan petugas yang ada			
		12. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	<b>100%</b>	89,9%	Realisasi 83,88% <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemungkinan disebabkan oleh reagen kreatinin mudah terkontaminasi bila terlalu lama di luar lemari pendingin dan reagen ini tidak bisa didalam alat lebih dari 15 hari.</li> <li>- Rentang nilai kontrol kreatinin sangat pendek.</li> <li>- Eritrosit dan MCH tidak sesuai dengan baku mutu eksternal, kemungkinan suhu pada saat pengiriman sampel tidak sesuai dan jangka waktu yang terlalu lama karena jarak antara Pesisir Selatan dan Palembang</li> </ul>			Tindak lanjut : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemakaian 1 botol reagen kreatinin harus dipisahkan untuk menghindari terlalu lamanya reagen kreatinin diluar lemari pendingin atau alat Pemantapan mutu internal untuk parameter</li> </ul>



								kreatini dilaksanakan terpisah
		13. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	80%	Belum sesuai target pencapaian, kemungkinan masih disebabkan oleh sikap petugas			
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Pemberi pelayanan Rehabilitasi medik : Dokter spesialis Rehab Medik	100%	0%	Realisasi 0%, sehubungan dokter spesialis Rehabilitasi Medis belum ada di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan			Mengirimkan peserta pendidikan spesialis Rehabilitasi Medis atau dilakukan Rekrutmen lulusan spesialis Rehabilitasi Medis
		2. Pemberi pelayanan Rehabilitasi medik : D.III Fisioterapi	100%	100%	Sesuai standar, karena pelayanan dilakukan oleh D.III Fisioterapi			
		3. Ketersediaan alat rehab medis	100%	95%	Sesuai standar, karena telah tersedia alat rehab medik sesuai dengan kemampuan pelayanan sebagai RS tipe C			
		4. Pemakaian Pin Identitas petugas selama Pelayanan	100%	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		5. Hand Hygiene						



		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	85%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		6. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehab yang direncanakan	<b>≤ 50%</b>	<b>≤ 50%</b>	Realisasi 6%			
		7. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehab medik	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%			
		8. Kepuasan pelanggan	<b>≥80%</b>	70%	Belum sesuai target pencapaian, namun terget 70% tahun 2019 telah tercapai			
10.	Pelayanan Farmasi	1. Pemberi pelayanan farmasi : Apoteker	<b>100%</b>	100%	Sesuai target pencapaian			



		2. Pemberi pelayanan farmasi : D.III Farmasi	<b>100%</b>	90	Realisasi 84%, karena dari 25 orang staf farmasi, sebanyak 4 orang masih dengan pendidikan SMF			Kendala : 3 orang akan memasuki masa pension 1 orang akan dimotivasi untuk melanjutkan pendidikan
		3. Ketersedian fasilitasn dan peralatan pelayanan farmasi	<b>100%</b>	100%	Sesuai target pencapaian			
		4. Ketersediaan formularium	<b>Tersedia dan update paling lama 3 tahun</b>	Tersedia	Sesuai standar			
		5. Pemakaian Pin Identitas petugas selama pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		6. Hand Hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	85%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	100%	Sesuai target pencapaian (Target 2019 adalah : 80%), sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		7. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	<b>≤ 30 menit</b>	<b>≤ 30 menit</b>	Realisasi 15 menit			
		8. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	<b>≤ 60 menit</b>	<b>±60 menit</b>	Realisasi 60 menit			
		9. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	<b>100%</b>	100%	Realisasi 99,99%, kemungkinan disebabkan oleh kurang ketelitian dari petugas dan jumlah petugas tidak sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani			
		10. Kepuasan Pelanggan	<b>≥80%</b>	<b>≥75%</b>	Belum sesuai target pencapaian			
11.	Pelayanan Gizi	1. Pemberi pelayanan Gizi : D. III Gizi	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan Gizi	<b>100%</b>	90%	Realisasi 95%, walaupun fasilitas AC belum memadai			





	3. Pemakaian Pin Identitas petugas selama pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunnya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
	4. Hand Hygiene						
	Sebelum kontak dengan pasien	<b>45%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah kontak dengan pasien	<b>80%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>65%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	5. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	<b>≥90%</b>	100%	Realisasi 100%, karena system pengaturan kerja dan pembagian tugas yang jelas penyiapan makanan bagi pasien dapat tepat waktu			
	6. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien ≤20 %	<b>≤ 20%</b>	<b>≤ 20%</b>	Realisasi 70,18% makanan yang dimakan habis dan masih ditemukan 29,82% makanan yang tidak termakan oleh pasien, kemungkinan disebabkan oleh selera makan pasien yang berkurang karena			



					sakit.			
		7. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%			
		8. Kepuasan pelanggan	<b>≥80%</b>	≥80%	Belum sesuai target pencapaian			
12.	Pelayanan Transfusi Darah	1. Tenaga penyedia pelayanan Unit Transfusi Darah	<b>100%</b>	90%	Realisasi 16,67% (2 dari 12 orang) yang mendapat pelatihan tentang Transfusi Darah. Anggaran yang tidak memadai dan Pandemi COVID-19 menyebabkan staf tidak dapat mengikuti pelatihan tentang Transfusi Darah			Membutuhkan biaya ± Rp.6.000.000/orang
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan UTD	<b>100%</b>	<b>95%</b>	Realisasi 90%, sehubungan masih ada alat untuk pemutar darah yang belum tersedia			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		4. Hand Hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>45%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



		Sebelum melakukan tindakan aseptik	<b>75%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>90%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>80%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>65%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		5. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	<b>100%</b>	100%	Realisasi 93,17, karena akibat pandemic COVID-2019 kegiatan donor darah masal yang menjadi kalender rutin tiap 3 bulan tidak dapat dilakukan			Menyusun kembali kalender rutin untuk donor darah masal tiap 3 bulan dan membuat surat ke instansi baik Pemerintah maupun swasta untuk permintaan donor



		6. Kejadian reaksi transfusi : $\leq 0,01$ %	$\leq 0,01\%$	$\leq 0,01\%$	Realisasi 0,02%, kemungkinan disebabkan oleh reaksi tubuh pasien terhadap darah yang masuk			
		7. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	Belum sesuai target pencapaian			
13.	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin sesuai kelas III	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar, karena tersedia anggaran yang ditujukan untuk pasien miskin dengan fasilitas rawatan pada ruang kelas III serta adanya ketentuan persyaratan			
		2. Adanya kebijakan rumah sakit untuk pelayanan keluarga miskin	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar, kebijakan dalam bentuk SK direktur			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	<b>100%</b>	<b>100%</b>	Sesuai standar pencapaian			
		4. Waktu tunggu verifikasi kepersetaan pasien keluarga miskin	$\leq 15$ menit	10-15 menit	Sesuai standar			
		5. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	<b>100%</b>	100%	Realisasi 80%, karena bagi pasien yang membawa surat keterangan miskin masih dikenakan biaya tambahan, sebab anggaran yang disediakan tidak mencukup untuk membantu jumlah pasien miskin yang berobat			



		6. Pasien keluarga miskin yang dilayani	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		7. Kepuasan Pelanggan	<b>≥80%</b>	≥80%	Belum sesuai standar, kemungkinan disebabkan : - Aturan-aturan yang berlaku dalam rangka memenuhi standar akreditasi, seperti harus adanya ketentuan jam kunjungan, pengamanan pasien, sehingga diberlakukan pembatasan jumlah penunggu pasien dan pembatasan jam berkunjung - Tidak dipenuhi seluruh biaya pengobatan dan perawatan (masih ada biaya tambahan yang ditagih) juga menjadi salah satu penyebab			
14.	Pelayanan Rekam Medik	1. Pemberian Pelayanan Medik ; D. III Rekam Medik	<b>100%</b>	90%	Realisasi 69,23 Belum sesuai target pencapaian, dari 13 orang petugas hanya 9 orang dengan latar belakang pendidikan D.III Rekam Medis			
		2. Kelengkapan fasilitas dan peralatan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 95%, karena ada beberapa peralatan yang belum tersedia, seperti tangga, termometer suhu ruangan			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standar akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		4. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik Pelayanan rawat jalan ≤10	<b>≤ 10 menit</b>	<b>≤ 10 menit</b>	Realisasi 15-20 menit, sehubungan dengan ruangan penyimpanan tidak sesuai kapasitas, sehingga ada rekam medis yang tidak ditempatkan			



		menit			dalam rak penyimpanan, namun telah diupayakan melalui proses penyusutan berkas rekam medis			
		5. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap $\leq 15$ Menit	$\leq 15$ menit	$\leq 15$ menit	Realisasi 10-15 menit			
		6. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 65,94%, karena dokter yang tidak patuh dalam kecepatan pengisian rekam medis			
		7. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	<b>100 %</b>	100%	Realisasi 100%, karena setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis harus terlebih dahulu menandatangani informed consent. Serah terima pasien di kamar operasi salah satu yang harus diserahkan dengan blangko check list antar petugas ruangan dengan petugas kamar operasi adalah informed consent			
		8. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	$\geq 80 \%$	Belum sesuai target pencapaian, kemungkinan disebabkan keterlambatan penyediaan rekam medis			
15	Penyehatan Lingkungan	1. Adanya penanggungjawab pengelola limbah	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar, karena ada instalasi sebagai penanggungjawab yaitu IPLRS			



		rumah sakit : adanya SK direktur						
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat, cair	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar, dengan kerjasama pihak ketiga			
		3. Ketepatan pelaksanaan periode pemeriksaan sampel	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		4. Pengelolaan limbah cair	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, sehubungan sudah adanya insenerator dan petugas khusus untuk pengolahan limbah berbahaya			
		5. Pengelolaan limbah padat	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, Sesuai standar, dengan kerjasama pihak ketiga			
		Baku mutu limbah cair						
		BOD : < 30 mg/l	<b>&lt; 30 mg/l</b>	< 30 mg/l	2,17 mg/l			
		COD : < 80 mg/l	<b>&lt; 80 mg/l</b>	< 80 mg/l	< 9,91 mg/l			
		TSS : < 30 mg/l	<b>&lt; 30 mg/l</b>	< 30 mg/l	7,75			





		PH : 6-9	<b>6-9</b>	6-9	7,64			
		6. Pantauan dampak pencemaran lingkungan	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar , dengan diterapkannya pengendalian limbah dan pengawasan lingkungan oleh IPLRS			
16	Administrasi dan Manajemen	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	<b>≥ 90 %</b>	<b>≥ 90 %</b>	Realisasi 100%			
		2. Adanya peraturan internal rumah sakit	<b>Ada</b>	Ada	Sesuai standar			
		3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	<b>Ada</b>	Ada	Sesuai standar			
		4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	<b>Ada</b>	Ada	Sesuai standar			
		5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	<b>Ada</b>	Ada	Sesuai standar			
		6. Adanya perencanaan pengembangan	<b>Ada</b>	Ada	Sesuai standar			



		SDM						
		7. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap $\leq 2$ Jam	<b><math>\leq 2</math> jam</b>	30 menit	Realisasi 30 menit sehubungan dengan semua tindakan langsung di input pada SIMRS yang link kebagian kasir			
		8. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen	<b>100%</b>	80%	Realisasi 70%, beberapa hasil pertemuan penyelesaiannya terkait dengan anggaran			
		9. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar, periode April dan Oktober			
		10. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	<b>100 %</b>	100 %	Sesuai standar			
		12. Adanya rencana pengembangan SDM	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar			
		13. Cost Recovery	<b><math>\geq 60</math> %</b>	100%	Realisasi 62.04%,			
		14. Kelengkapan	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			



		laporan akuntabilitas kinerja						
		15. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60 %	≥ 60 %	Realisasi 8,36%, dampak COVID-19 seluruh bentuk pertemuan yang melibatkan banyak peserta ditiadakan			
		16. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	Realisasi 100%			
17.	Ambulance / Mobil Jenazah	1. Ketersediaan pelayanan ambulance dan mobil jenazah	24 jam	24 Jam	Sesuai standar			
		2. Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah : Sopir ambulance terlatih	100%	90%	Realisasi 100%, dari 6 (enam) orang sopir ambulance semuanya telah mendapat pelatihan ambulance dan mobil jenazah			
		3. Ketersediaan mobil ambulance	100%	100%	Realisasi 100%, karena saat ini RSUD. Painan telah memiliki 4 mobil ambulance dan 1 Ambulance milik Koperasi karyawan RSUD Painan			



		4. Ketersediaan mobil jenazah	<b>100%</b>	100%	Realisasi 25%, karena mobil jenazah hanya tersedia 1 unit, sehingga jenazah sering masih dibawa dengan ambulance			
		5. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	95%	Realisasi 100%, terbangunnya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		6. Hand hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



		7. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	10-15 Menit	Sesuai standar			
		8. Waktu tanggap pelayanan pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	10-15 Menit	Sesuai standar ,			
		9. Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	100%	Sesuai standar			
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	Belum dilakukan survey			
18	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	24 jam	Realisasi 24 jam, dan telah dilakukan penambahan 1 (satu) orang petugas lagi, dan saat ini petugas pemulasaran jenazah juga menyelenggarakan Jenazah Pasien COVID-19			
		2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	100%	80%	Realisasi 100%, telah tersedia Lemari Pendingin bagi jenazah yang dititip sementara			



		3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	<b>Ada SK Direktur</b>	Ada SK Direktur	Sesuai standar			
		4. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		5. Hand hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



		6. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran	<b>≤ 2 jam</b>	≥2 jam	Realisasi 10-15 menit			
		7. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	<b>100%</b>	<b>100%</b>	Sesuai standar			
		8. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	<b>100%</b>	<b>100%</b>	Realisasi 100%			
		9. Kepuasan pelanggan	<b>≥ 80 %</b>	≥ 80 %				
19	Laundry	1. Ketersediaan pelayanan laundry	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Sesuai standar			
		2. Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	<b>Ada SK direktur</b>	Ada SK direktur	Sesuai standar			
		3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	<b>100%</b>	95%	Realisasi 90%, karena masih ada beberapa fasilitas lagi yang belum tersedia seperti timbangan kain, mesin setrika, sehingga setrika masih dilakukan dengan setrika rumah tangga			
		4. Waktu tanggap pelayanan laundry : maksimal 30 menit	<b>30 menit</b>	30 s/d 90 menit	Belum sesuai target pencapaian, system laundry yang belum memenuhi persyaratan sebuah laundry, menyebabkan kebutuhan linen belum dapat dipenuhi. Ada beberapa kondisi pencucian dengan cara manual, seperti dalam keadaan mesin cuci			



				rusak			
		5. Hand hygiene					
	Sebelum kontak dengan pasien	100%	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah terkena cairan tubuh pasien yang nempel pada laken	100%	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah kontak dengan pasien	100%	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			





		6. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	100%	Sesuai standar, karena linen infeksius telah langsung dipisah oleh perawat, dan cara pencucian dilakukan sesuai dengan SPO pengelolaan linen infeksius			
		7. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	97%	Realisasi 90% masih sering terjadi kehilangan linen, walaupun setiap serah terima linen ini sudah dengan bukti serah terima antara petugas laundry dengan petugas ruangan.			
		8. Ketersediaan linen : 2,5 – 3 set x jumlah TT	100%	90%	Realisasi 65%, karena belum terakomodir oleh anggaran			
		9. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	Sesuai target pencapaian, karena belum terakomodir oleh anggaran			
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	Realisasi 76,10%, Belum sesuai target pencapaian			
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Adanya penanggungjawab IPSRS	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Sesuai standar			
		2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Tersedia	Sesuai target pencapaian,			
		3. Waktu tanggap kecepatan menanggapi	≥80%	79%	Realisasi 93% untuk alat medis, dan 45% untuk alat non medis, karena petugas yang tidak segera datang saat			



		kerusakan alat : 15 menit			ada laporan kerusakan alat			
		4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	<b>100%</b>	90%	Realisasi 91% untuk alat medis, dan 30% untuk alat non medis			
		5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	<b>100%</b>	95 %	Realisasi 30%, dampak pandemic menyebabkan tim kalibrasi tidak bisa datang sesuai permintaan (jadwal) kalibrasi RS Painan			
		6. Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain), yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	<b>100%</b>	95 %	Realisasi 81,39%, anggaran belum dapat mengakomodir biaya kalibrasi semua alat			
		7. Ketersediaan alat siap pakai	<b>100%</b>	100%	Realisasi 80%, karena pemeliharaan yang tidak tepat waktu			
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Tersedianya Tim PPI yang terlatih	<b>≥ 75 %</b>	100%	Sesuai target pencapaian, semua anggota telah mengikuti pelatihan PPI			
		2. Ketersedian APD disetiap instalasi	<b>≥ 75 %</b>	100%	Sesuai standar			



		3. Rencana program PPI	<b>Ada</b>	Ada	Sesuai standar			
		4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%,			
		5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, dampak pandemic COVID-19 terjadi kepatuhan dalam penggunaan APD			
		6. Kegiatan Pencatatan Pelaporan Infeksi HAIs di RS	<b>75 %</b>	100%	Realisasi 100% karena telah dilakukan pemantauan infeksi nasokomial disemua instalasi rawat inap terhadap indikator, infeksi jarum infus, infeksi luka operasi, infeksi luka tirah baring dan infeksi tali pusat, data telah dianalisa setiap 3 bulan			
		7. Terpantaunya kejadian HAIs di rumah sakit	<b>100 %</b>	100%	Sesuai target pencapaian, setiap kejadian HAIs terpantau oleh petugas PPI dan IPCN			
	22	Pelayanan Keamanan						
		1. Jam tugas satuan pengamanan : 24 jam	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		2. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			



		3. Sistem pengamanan	<b>Ada</b>	Ada	Sesuai standar			
		4. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunnya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		5. Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit : setiap jam	<b>100%</b>	90%	Realisasi 75%, karena jumlah petugas keamanan belum memadai sesuai dengan area RS			
		6. Evaluasi terhadap system pengamanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, karena telah ditetapkan penanggungjawab keamanan yang mengkoordinir dan melakukan evaluasi terhadap system pengamanan			
		7. Waktu Tanggap Pelayanan Keamanan	<b>≤ 10 menit</b>	15-20 menit	Realisasi 15-20 menit, kemungkinan disebabkan oleh : - Masih kurang jumlah personil keamanan - Kinerja petugas keamanan yang masih rendah			
		8. Kegiatan Pencatatan Pelaporan Jaga	<b>100%</b>	100%	Sesuai target pencapaian			
		9. Tidak adanya kejadian	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%.			



		kehilangan barang (pasien, pengunjung, karyawan)						
		10. Kegiatan pencatatan dan pelaporan kehilangan	100%	100%	Sesuai standar			
		11. Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	Realisasi 76,10%, Belum sesuai target pencapaian			
23	Pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit	1. Adanya penanggungjawab PKRS	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Sesuai standar			
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan PKRS	100%	90%	Realisasi 80%, masih ada beberapa fasilitas PKRS yang belum tersedia, seperti ruang pameran dan ruang kerja			Kendala : area R. Painan tidak memadai lagi bagi penambahan ruangan baru sehingga kegiatan PKRS dilakukan melalui metod lain, seperti spanduk dan papan informasi
		3. Pemakaian Pin identitas petugas	100%	95%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu			



		selama pelayanan			bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		4. Pemberian informasi dan edukasi minimal 3 kali 1 hari	<b>100%</b>	100%	Realisasi 100%, karena pemberian informasi dan edukasi selain langsung juga disampaikan melalui sound system yang dapat didengar sampai area pelayanan			
		5. Adanya pojok informasi di rawat jalan dan setiap ruang rawat	<b>100%</b>	100%	Realisasi 70%, sehubungan karena terbatasnya area			Kendala : area RS Painan tidak memadai lagi bagi penambahan ruangan baru, sehingga kegiatan PKRS dilakukan melalui metode lain, seperti spanduk dan papan informasi
		6. Terlaksananya pemberian informasi hak dan kewajiban pasien	<b>≥ 80 %</b>	100%	Realisasi 100%, karena selain dijelaskan oleh petugas admisi dan petugas rawat inap pada pasien yang dirawat, banner tentang hak dan kewajiban pasien juga dipajang pada beberapa tempat yang mudah diakses oleh pasien/keluarga			
		7. Terciptanya	<b>≥ 80 %</b>	≥ 80 %	Realisasi 99%, karena setiap petugas			



		perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan rumah sakit - Membuang sampah pada tempatnya - Cuci Tangan - Tidak membuang dahak sembarangan - Tidak merokok dilingkungan rumah sakit			keamanan, petugas PKRS dan karyawan rumah sakit mempunyai tanggungjawab untuk mengawasi perilaku pasien dan pengunjung di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan			
		8. Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	Realisasi 76,10%, Belum sesuai target pencapaian			
24	Pelayanan Hemodialisa	1. Pemberi pelayanan hemodialisa				2.	3.	4.
		Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan pelatihan hemodialisa (Min 1 orang dokter)	100 %	100%	Sesuai standar			
		D3 dengan Sertifikasi Hemodialisa	100 %	100%	Sesuai standar			
		5. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang Hemodialisa	100%	100%	Sesuai standar			



		6. Ketersediaan, Trolley, Alat dan Obat Emergency	<b>100%</b>	100%	Sesuai standar			
		7. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, terbangunnya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		8. Hand hygiene				9.	10.	11.
		Sebelum kontak dengan pasien	<b>100%</b>	80%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang			



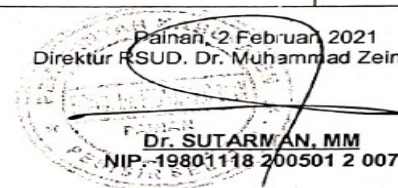


					salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan pasien	<b>100%</b>	95%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	<b>100%</b>	90%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya Pandemi COVID-2019, terjadi kepatuhan terhadap protocol pencegahan COVID-19 yaitu 3 M, yang salah satunya adalah mencuci tangan setiap saat			



12. Kematian pasien di Unit Hemodialisa	$\leq 2$ 0/00	$\leq 2$ 0/00	Realisasi 0			
13. Kejadian infeksi HAls di Unit Hemodialisa	$\leq 21$ %	$\leq 21$ %	Realisasi 0			
Kepuasan pelanggan	$\geq 70$ %	$\geq 70$ %	Realisasi 76,10%			

Painan, 2 Februari 2021  
Direktur RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan

  
Dr. SUTARMANTO, MM  
NIP. 19801118 200501 2 007