

**EVALUASI PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RSUD Dr MUHAMMAD ZEIN PAINAN
PERIODE JANUARI s/d DESEMBER 2021**



**RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2021**



Tabel : Evaluasi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal RSUD. Dr.Muhammad Zein Painan
Periode Januari s/d Desember Tahun 2021

NO	JENIS PELAYANAN	Uraian	STANDAR PELAYANAN MINIMAL					
			NILAI		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%	100%	Realisasi : 12,45, Belum sesuai standar, dampak dari pandemic pelatihan tidak dapat diikuti			
		3. Ketersedian tim penanganan bencana	1 Tim	1 Tim	Sesuai standar karena tim penanganan bencana sudah tersedia			
		4. Pemakaian PIN identitas petugas selama	100%	100%	Realisasi 100%, terbangunya komitmen penuh dari karyawan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan			



		pelayanan			standard akreditasi, bahwa memperkenalkan nama petugas kepada pasien/keluarga dilaksanakan dengan memakai Pin identitas			
		5. Hand hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	100%	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			
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	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			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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. Jam buka 24 jam	24 jam	24 jam	Sesuai standar, pelayanan IGD dilaksanakan selama 24 jam			
		7. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 Mnt terlayani setelah pasien datang	≤ 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	100%	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	≤ 2 perseribu	≤2/1000	Realisasi 0,22: Sesuai target pencapaian			
		10. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/mati	100 %	100 %	0, sesuai standar			
		11. Kepuasan pelanggan IGD	≥ 70%	≥70 %	Realisasi secara umum 65,2%, belum sesuai target Namun bila dilihat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan perawat didapat hasil 90%, dan pelayanan dokter 90,40%			
2	Pelayanan	1. Ketersediaan pelayanan sesuai	a.Klinik	a. Klinik	Sesuai standar dan untuk saat ini telah tersedia spesialis lain diluar 4 spesialis dasar, yaitu : Mata,			



	Rawat Jalan	dengan kelas RS	Anak b.Klink PD c.Klinik bedah d.Klinik Obsgyn	Anak b.Klink PD c.Klinik bedah d.Klinik Obsgyn	THT, Neurologi, Jiwa, Paru, dan Jantung dan Bedah Syaraf			
		2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter Spesialis	100%	Sesuai standar , dengan telah tersedianya dokter spesialis lebih dari 1 orang dimasing-masing spesialisasi			
		3. Pemakaian PIN identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	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	100%	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			
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	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			



		Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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			
		Jam buka pelayanan sesuai ketentuan : 08.00-14.00 wib setiap hari kerja, kecuali Jum'at : 08.00-11.00 wib	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 s/d 11.00	100%	Sesuai standar			
		5. Waktu tunggu Rawat Jalan	≤ 60 menit	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	100%	100%	Realisasi 62,45%, kemungkinan disebabkan oleh : - Faktor pasien dimana sputum tidak bisa			



		melalui pemeriksaan mikroskopis TB			didapatkan - Pemeriksaan sputum telah dilakukan dengan hasil negative, tetapi dari tanda gejala dan pemeriksaan radiologi pasien terdiagnosa TBC			
		b.Pasien rawat jalan TB yang dilayani dengan strategi DOTS	100%	100%	Realisasi 100%, dengan adanya Klinik Paru dan petugas DOTS			
		7. Ketersediaan pelayanan VCT (HIV), PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan)	Tersedia	Tersedia	Sesuai target pencapaian, karena mulai bulan Januari 2020 telah dibuka klinik PDP untuk pelayanan penderita HIV			
		8. Peresepan obat sesuai formularium	100%	100%	Realisasi 100%, karena setiap pengadaan obat selalu melalui usulan dokter spesialis yang berpedoman pada formularium rumah sakit			
		9. Pencatatan, pelaporan TBC di rumah sakit	100%	100%	Realisasi 100%, dengan adanya Klinik Paru dan petugas DOTS, dan petugas khusus pelaporan TBC			
		10. Kepuasan pelanggan di rawat jalan	≥ 90%	90%	- Realisasi secara umum 65,2, 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 - Pendingin ruangan juga tidak memadai, sehingga ruang tunggu terasa panas - Untuk petugas pendaftaran, 90,6%	-	-	-



					Namun bila dilihat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan perawat didapat hasil 90%, dan pelayanan dokter 90,40%			
3	Pelayanan Rawat Inap (Ranap)	1. Ketersediaan pelayanan sesuai kelas RS	a. Bedah b. Penyakit Dalam c. Bedah d. Kebidanan	a. Bedah b. Penyakit Dalam c. Bedah d. Kebidanan	Sesuai standar dan saat ini sudah tersedia rawat inap untuk pasien Neurologi, Paru dan Jantung			
		2. Pemberi pelayanan : dokter spesialis, dokter umum	Dokter spesialis Dokter umum Tenaga	100%	Untuk spesialis sudah sesuai pencapaian target 100%, dan setiap rawat inap telah mempunyai 1 (satu) orang dokter umum			
		3. Pemberi pelayanan : perawat minimal D3	Perawat Minimal D3	100%	Realisasi 100%			
		4. Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%	Sesuai target pencapaian			
		5. Pengaman tempat tidur selalu terpasang pada pasien resiko jatuh (lansia, anak-anak, pasien penurunan	100%	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			



	kesadaran)			pasien resiko jatuh.			
	6. Kamar mandi dengan pengaman pegangan	100%	100%	Sesuai standar			
	7. Dokter spesialis DPJP pasien rawat inap	100%	100%	Sesuai standar			
	8. 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			
	9. Hand hygiene						
	Sebelum kontak dengan pasien	100%	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			
	Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	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			
	Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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. Jam visite spesialis, sesuai ketentuan : 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	Belum sesuai standar, karena masih ditemukan ada dokter yang melakukan kunjungan (visite) diatas 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	100%	100%	Realisasi 100%, karena telah ada petugas khusus TB DOTS			
		12. Pencatatan dan pelaporan TB	100%	100%	Realisasi 100%, karena telah ada petugas khusus TB DOTS			
		13. Kejadian infeksi pasca operasi : $\leq 1.5\%$	$\leq 1.5\%$	$\leq 1.5\%$	Realisasi 0,34 %, karena telah dilaksanakan SPO PPI dan dilakukan pengawasan oleh IPCN			



		14. Angka kejadian HAIs : $\leq 9\%$	$\leq 9\%$	$\leq 9\%$	Realisasi : VAP : 0 HAP : 0 IADP : 0 ISK : 0 Phlebitis : 0,29 ‰			
		15. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100 %	Sesuai standar			
		16. Kematian pasien ≤ 48 jam	$\leq 25/1000$	$\leq 25/1000$	Realisasi 38,66/1000, tidak sesuai target pencapaian, kemungkinan disebabkan kondisi pasien yang dirawat sudah dalam fase terminal dan rumah sakit painan merupakan rumah sakit rawatan tingkat lanjut. Selama tahun 2021 dengan pandemic COVID-19, angka kematian juga meningkat terutama terhadap kondisi pasien dengan gagal pernapasan			
		Kematian pasien > 48 jam		$\leq 25/1000$	Realisasi 24,55/1000			
		17. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	$\leq 5\%$	$\leq 5\%$	Realisasi 8,72, angka pulang paksa tertinggi ada pada ruang Perinatologi, Anak dan isolasi kemungkinan disebabkan oleh : - Masa rawatan bayi yang lama membuat keluarga jenuh menunggu bayi, akhirnya minta pulang walaupun bayi belum boleh dibawa pulang - Keinginan pasien pulang karena pada beberapa kondisi pasien sudah tidak mau lagi dirawat,			



					atau tidak punya biaya untuk keluarga yang menunggui. - Adanya pandemi COVID-19, saat pasien menjadi PDP (Pasien Dalam Pengawasan) keluarga menolak dan membawa pasien pulang			
		18. Kepuasan pelanggan	≥90%	90%	Realisasi secara umum 79,06% 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 - 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 menunggak pembayaran dan lain-lain - Masih ada petugas yang belum melakukan servis excellence, walaupun sudah sebagian besar petugas mendapat pelatihan ini. Namun bila dilihat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan perawat didapat hasil 90%, dan pelayanan dokter 90,40%			
4	Pelayanan	1. Ketersediaan tim bedah (sesuai	100%	90%	Realisasi 90%, Sesuai target pencapaian, dengan adanya penambahan 1 (satu) orang dokter			



Kamar Operasi	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)	100%	100%	Sesuai standar			
	3. Kemampuan melakukan tindakan operasi (sesuai dengan RS Tipe C)	100%	100%	Sesuai standar			
	4. Hand hygiene						
	5. Sebelum kontak dengan pasien	100%	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	100%	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	100%	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	100%	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	100%	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	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Realisasi 1 hari, dengan jumlah dokter bedah dan spesialis Anastesi yang sudah memadai			
		11. Pelaksanaan operasi diawali dengan sign in	100%	100%	Sesuai standar			
		12. Pelaksanaan operasi diawali dengan time in	100%	100%	Sesuai standar			
		13. Pelaksanaan operasi ditutup dengan sign out	100%	100%	Sesuai standar			
		14. Kejadian kematian di meja operasi	≤1%	0%	Sesuai standar			



		15. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	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	100%	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	100%	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	100%	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 anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	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 anastesi ataupun perawat anastesi			
		20. Kepuasan pelanggan	≥80%	80%	Realisasi 79,06% (hasil secara umum RS), tidak ada dilakukan survey khusus untuk pelayanan			



					Kamar Operasi			
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 - Namun untuk pelatihan PONEK bagi perawat dan bidan hanya 32% sertifikat yang masih berlaku			
		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 Anestesi	100%	90%	Realisasi 41,77%, sehubungan dokter anestesi PNS selama 2021 ada beberapa hari minta izin dan			



				sakit.			
		4. Kemampuan menangani BBLR 1.500-2.500 gr	100%	100%	Realisasi 86, 36% kemungkinan disebabkan oleh lamanya hari rawatan dan jumlah CPAP hanya 5 unit, sehingga ada bayi pada saat bersamaan tidak mendapatkan CPAP		
		5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	100%	Realisasi 75,93% kemungkinan disebabkan oleh lamanya hari rawatan dan jumlah CPAP hanya 5 unit, sehingga ada bayi pada saat bersamaan tidak mendapatkan CPAP		
		6. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	100%	100%	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.
		Sebelum kontak dengan pasien	100%	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		
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	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		
		Setelah terkena cairan tubuh	100%	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan terjadinya		
						10.	



		pasien			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%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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. Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria	≤ 20%	25%	Realisasi 88,64%, kemungkinan disebabkan oleh : - Ketersediaan tenaga bidan hampir diseluruh nagari sehingga pemeriksaan kehamilan dilakukan lebih banyak ke tempat praktek bidan dan hanya kasus patologis yang akan dirujuk ke RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan dan kasus ini rata-rata melahirkan dengan indikasi SC - 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,			
		11. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SPOG atau	100%	100%	Sesuai standar, karena setiap tindakan kontrasepsi mantap hanya dilakukan oleh dokter spesialis obstetri ginekology			



		SPB, atau dokter umum terlatih						
		12. Konseling peserta KB mantap oleh Bidan terlatih	100%	100%	Sesuai standar, setiap pasien KB mantap mendapat konseling			
		13. Kejadian kematian Ibu karena Persalinan						
		Pendarahan	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$	Realisasi 0,2%			
		Preeklamsi	$\leq 30\%$	$\leq 30\%$	Realisasi 0,01			
		Sepsis	$\leq 0,2\%$	$\leq 0,2\%$	Realisasi 0			
		14. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	<p>Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar, kemungkinan disebabkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Hampir 90% pasien adalah peserta jaminan kesehatan (BPJS), kelengkapan syarat administrasi BPJS juga menimbulkan kesan pasien dipersulit terutama pada pasien-pasien yang status kepesertaannya bermasalah seperti menunggak pembayaran dan lain-lain - Masih ada petugas yang belum melakukan 			



					servis excellence, walaupun sudah sebagian besar petugas mendapat pelatihan ini. Namun bila dilihat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan perawat didapat hasil 90%, dan pelayanan dokter 90,40%			
6	Pelayanan ICU (Intensive care unit)	1. Pemberi Pelayanan Intensif						
		2. Dokter spesialis anastesi	100%	100%	Realisasi 100%, sehubungan dengan adanya penambahan 1 (satu) orang dokter spesialis Anastesi			
		3. D3 dengan sertifikasi ICU	100%	100%	Realisasi 6,67%, dari 15 orang petugas ICU baru 1 (satu) orang dengan pelatihan ICU, sehubungan keterbatasan anggaran pelatihan			Membutuhkan biaya ± Rp.15.000.000/orang
		4. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU (sesuai dengan tipe C)	100%	100%	Realisasi 100% dan sudah dilengkapi dengan rontgen Portable yang dibutuhkan oleh pasien dengan penurunan kesadaran			
		5. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	100%	100%	Realisasi 100%			
		6. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	100%	100%	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	100%	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		
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	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		
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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		
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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		
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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		
		5. Rata- rata pasien yang kembali	≤ 3%	≤ 3%	Realisasi 0		



		keperawatan Intensive Care Unit (ICU) dengan kasus yang sama < 72 jam						
		6. Kejadian Infeksi HAIs di ICU	$\leq 21\%$	$\leq 21\%$	Realisasi 0			
		7. Kepuasan Pelanggan	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$	<p>Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar, kemungkinan disebabkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Hampir 90% pasien adalah peserta jaminan kesehatan (BPJS), kelengkapan syarat administrasi BPJS juga menimbulkan kesan pasien dipersulit terutama pada pasien-pasien yang status kepesertaannya bermasalah seperti menunggak pembayaran dan lain-lain - Masih ada petugas yang belum melakukan servis excellence, walaupun sudah sebagian besar petugas mendapat pelatihan ini. <p>Namun bila dilihat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan perawat didapat hasil 90%, dan pelayanan dokter 90,40%</p>			



7.	Pelayanan Radiologi	1. Pemberi Pelayan Radiologi : Dokter spesialis Radiologi	100%	100%	Realisasi 0, karena tidak ada dokter spesialis Radiologi menetap maupun referral disebabkan kesulitan mendapatkan dokter spesialis tersebut.			Mengirimkan peserta pendidikan spesialis Radiologi atau dilakukan Rekrutmen lulusan spesialis Radiologi
		2. Pemberi Pelayan Radiologi: Radiografer	100%	100%	Sesuai standar			
		3. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan rongten adalah Dokter Sp. Rad	100%	100%	Realisasi 0			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	100%	100%	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	100%	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			
		Sebelum melakukan tindakan	100%	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			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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			
		5. Waktu tunggu hasil pelayanan foto torax	≤ 3 jam	≤ 3 jam	Realisasi untuk hasil pelayanan foto thorax adalah rata-rata 10 menit, namun untuk pembacaan tidak dapat dinilai karena tidak tersedia dokter spesialis Radiologi			
		6. Tidak ada kesalahan pemberian label	100%	100%	Realisasi 98%, karena terganggunya alat printer salah satu penyebab adalah tegangan listrik yang tidak stabil, sehingga ada hasil print out kosong (tidak berlabel)			



		7. Kerusakan foto	$\leq 2\%$	$\leq 2\%$	Realisasi 0,5%			
		8. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar. Namun survey khusus pelayanan radiologi belum dilakukan			
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%	100%	Realisasi 100%			
		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 55%, karena masih ditemukan beberapa kasus dilakukan pemeriksaan ke luar sehubungan reagen dan alat yang tidak tersedia.			
		5. Pemakaian Pin Identitas petugas selama Pelayanan	100%	100%	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%	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			
	Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	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			
	Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			
	Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
	Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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. Waktu tunggu hasil pelayanan	≤ 120 menit	120 menit	Realisasi Laboratorium rutin rata-rata 60 menit, dan			



		Laboratorium rutin dan kimia darah			realisasi Kimia Klinik 90% tercapai < 120 menit.			
		8. Tidak adanya kejadian tertukar, spesimen pemeriksaan laboratorium	100%	100%	Realisasi 100%			
		9. Kemampuan pemeriksa HIV/AIDS : tersedianya tenaga, peralatan dan reagen	Tersedia	Tersedia	Sesuai standar			
		10. Kemampuan mikroskopis TB Paru	Tersedia	Tersedia	Sesuai standar			
		11. Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	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	100%	100%	Realisasi 90,00% - Pada kolesterol dan asam urat kemungkinan disebabkan maintenance peralatan kurang baik.			
		13. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	80%	Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar. Namun survey khusus pelayanan Laboratorium			



					belum dilakukan			
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%	100%	Sesuai standar, karena telah tersedia alat rehab medik sesuai dengan kemampuan pelayanan sebagai RS tipe C			
		4. Pemakaian Pin Identitas petugas selama Pelayanan	100%	100%	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	100%	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			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehab yang direncanakan	≤ 50%	≤ 50%	Realisasi 0,15%			
		7. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehab medik	100%	100%	Realisasi 100%			
		8. Kepuasan pelanggan	≥80%	70%	Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar. Namun survey khusus pelayanan Rehabilitasi Medik belum dilakukan			



10.	Pelayanan Farmasi	1. Pemberi pelayanan farmasi : Apoteker	100%	100%	Sesuai target pencapaian			
		2. Pemberi pelayanan farmasi : D.III Farmasi	100%	90	Realisasi 90,91%, karena dari 22 orang staf farmasi, sebanyak 2 orang masih dengan pendidikan SMF			
		3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	100%	100%	Realisasi 90%			
		4. Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 tahun	Tersedia	Sesuai standar			
		5. Pemakaian Pin Identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	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%	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			



		Setelah kontak dengan pasien	100%	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	100%	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. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Realisasi 15 menit			
		8. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	+60 menit	Realisasi 60 menit			
		9. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	Realisasi 99,99%, kemungkinan disebabkan oleh kurang ketelitian dari petugas dan jumlah petugas tidak sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani			
		10. Kepuasan Pelanggan	≥80%	≥75%	Realisasi 46,20%, kemungkinan disebabkan oleh ada beberapa jenis obat yang tidak tersedia di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan,			
11.	Pelayanan Gizi	1. Pemberi pelayanan Gizi : D. III Gizi	100%	100%	Sesuai standar			
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan Gizi	100%	90%	Realisasi 95%, walaupun fasilitas AC belum memadai			



		3. Pemakaian Pin Identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	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	45%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	80%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	65%	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			
		5. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90%	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 $\leq 20\%$	$\leq 20\%$	$\leq 20\%$	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	100%	100%	Realisasi 99%, kurang ketelitian pramusaji dalam memberikan menu jenis diet			
		8. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	<p>Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar, kemungkinan disebabkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Hampir 90% pasien adalah peserta jaminan kesehatan (BPJS), kelengkapan syarat administrasi BPJS juga menimbulkan kesan pasien dipersulit terutama pada pasien-pasien yang status kepesertaannya bermasalah seperti menunggak pembayaran dan lain-lain - Masih ada petugas yang belum melakukan servis excellence, walaupun sudah sebagian besar petugas mendapat pelatihan ini. <p>Namun survey terhadap pelayanan gizi tidak ada dilakukan</p>			



12.	Pelayanan Transfusi Darah	1. Tenaga penyedia pelayanan Unit Transfusi Darah	100%	100%	Realisasi 27,27% (2 dari 11 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	100%	100%	Realisasi 90%, sehubungan masih ada alat untuk pemutar darah yang belum tersedia, alat timbangan darah belum tersedia			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	100%	100%	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	45%	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			
		Sebelum melakukan tindakan aseptik	75%	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			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	90%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	80%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	65%	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			
		5. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	Realisasi 92,79, karena akibat pandemic COVID-2021 kegiatan donor darah masal yang menjadi kalender rutin tiap 3 bulan tidak dapat dilakukan			Menyusun kembali kalender rutin untuk donor darah masal tiap 2 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 0,03%, kemungkinan disebabkan oleh reaksi tubuh pasien terhadap darah yang masuk			
		7. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar, kemungkinan disebabkan : - Aturan-aturan yang berlaku dalam rangka			



					<p>memenuhi standar akreditasi, seperti harus adanya ketentuan jam kunjungan, pengamanan pasien, sehingga diberlakukan pembatasan jumlah penunggu pasien dan pembatasan jam berkunjung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hampir 90% pasien adalah peserta jaminan kesehatan (BPJS), kelengkapan syarat administrasi BPJS juga menimbulkan kesan pasien dipersulit terutama pada pasien-pasien yang status kepesertaannya bermasalah seperti menunggak pembayaran dan lain-lain - Masih ada petugas yang belum melakukan servis excellence, walaupun sudah sebagian besar petugas mendapat pelatihan ini. <p>Namun survey terhadap pelayanan darah tidak ada dilakukan</p>			
13.	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin sesuai kelas III	Tersedia	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	Tersedia	Tersedia	Sesuai standar, kebijakan dalam bentuk SK direktur			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	100%	100%	Sesuai standar pencapaian			



		4. Waktu tunggu verifikasi kepersetaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	10-15 menit	Sesuai standar			
		5. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	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	100%	100%	Sesuai standar			
		7. Kepuasan Pelanggan	≥80%	≥80%	Realisasi secara umum 79,06% Belum sesuai standar, namun survey terhadap pelayanan pasien keluarga miskin tidak ada dilakukan			
14.	Pelayanan Rekam Medik	1. Pemberian Pelayanan Medik ; D. III Rekam Medik	100%	100%	Realisasi 54% (dari 46 orang staf pada rekam medis, hanya 25 orang dengan pendidikan D.III Rekam Medis)			
		2. Kelengkapan fasilitas dan peralatan	100%	95%	Realisasi 98%, tracer untuk rak penyimpanan belum tersedia			
		3. Pemakaian Pin Identitas Petugas selama Pelayanan	100%	100%	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. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik Pelayanan rawat jalan ≤10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Realisasi 15-20 menit, sehubungan dengan ruangan penyimpanan tidak sesuai kapasitas, sehingga ada rekam medis yang tidak ditempatkan dalam rak penyimpanan, namun telah diupayakan melalui proses penyusutan berkas rekam medis			
		5. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap ≤ 15 Menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	Realisasi 10-15 menit			
		6. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	Realisasi 80% (dari 5.114 berkas rawat inap yang kembali dalam 2x24 jam namun hanya 3.028 berkas kembali dalam keadaan pengisian lengkap), karena dokter yang tidak patuh dalam kecepatan pengisian rekam medis			
		7. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	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 terimakan dengan blangko check list antar petugas ruangan dengan petugas kamar operasi adalah informed consent			
		8. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	- Realisasi petugas pendaftaran, 90,6%			



15	Penyehatan Lingkungan	1. Adanya penanggungjawab pengelola limbah rumah sakit : adanya SK direktur	Tersedia	Tersedia	Sesuai standar, karena ada instalasi sebagai penanggungjawab yaitu IPLRS			
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat, cair	Tersedia	Tersedia	Sesuai standar, dengan kerjasama pihak ketiga			
		3. Ketepatan pelaksanaan periode pemeriksaan sampel	100%	100%	Sesuai standar			
		4. Pengelolaan limbah cair	100%	100%	Realisasi 100%, sehubungan sudah adanya IPAL dan petugas khusus untuk pengolahan limbah cair			
		5. Pengelolaan limbah padat	100%	100%	Realisasi 100%, Sesuai standar, dengan kerjasama pihak ketiga			
		Baku mutu limbah cair						
		BOD : 30 mg/l	30 mg/l	30 mg/l	23, 0 mg/l			
		COD : 100 mg/l	100 mg/l	100 mg/l	< 9,91 mg/l			



		TSS : 30 mg/l	30 mg/l	30 mg/l	4,42 mg/l			
		PH : 6-9	6-9	6-9	7,16 mg/l			
		Amoniak-NH3	10	10	0,019 mg/l			
		Total Coliform	3000	3000	30000 CFU/100ml			
		6. Pantauan dampak pencemaran lingkungan	100%	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	≥ 90 %	≥ 90 %	Realisasi 100%			
		2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada	Sesuai standar			
		3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Sesuai standar			
		4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	Ada	Sesuai standar			



		5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Sesuai standar			
		6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	Sesuai standar			
		7. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap ≤ 2 Jam	≤ 2 jam	30 menit	Realisasi 30 menit sehubungan dengan semua tindakan langsung di input pada SIMRS yang link ke bagian kasir			
		8. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen	100%	80%	Realisasi 70%, beberapa hasil pertemuan penyelesaiannya terkait dengan anggaran			
		9. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Sesuai standar, periode April dan Oktober			
		10. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	Sesuai standar			
		11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %	Realisasi 99%			



		12. Adanya rencana pengembangan SDM	Tersedia	Tersedia	Sesuai standar			
		13. Cost Recovery	≥ 60 %	100%	Realisasi 108,31 % (Rp .80 729 958 640 / Rp. 74.536.044.572)			
		14. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Sesuai standar			
		15. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60 %	≥ 60 %	Realisasi 12, 16% (dari 715 karyawan, sebanyak 87 orang yang mendapat pelatihan lebih 20 jam), 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	100%	100%	Realisasi 100%, dari 6 (enam) orang sopir ambulance semuanya telah mendapat pelatihan ambulance dan mobil jenazah			



		terlatih						
		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	100%	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%	100%	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%	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			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			



		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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. 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	$\geq 80 \%$	$\geq 80 \%$	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%	100%	Realisasi 100%, telah tersedia Lemari Pendingin bagi jenazah yang dititip sementara			
		3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Sesuai standar			
		4. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	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	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	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. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran	≤ 2 jam	≥ 2 jam	Realisasi 10-15 menit			
		7. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	100%	Sesuai standar			
		8. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	Realisasi 100%			
		9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %				



19	Laundry	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Sesuai standar			
		2. Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Sesuai standar			
		3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	100%	95%	<p>Realisasi 80%, karena masih ada beberapa fasilitas yang belum tersedia : mesin setrika, sehingga setrika masih dilakukan dengan setrika rumah tangga,</p> <p>Rungan yang perlu ditambah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruangan pengering dan ruang setrika masih gabung, - Ruang penyimpanan troli linen - Tempat penyimpanan bahan cucian - Tempat pencucian infeksi dan non infeksi masih gabung (harusnya terpisah). 			
		4. Waktu tanggap pelayanan laundry : maksimal 30 menit	30 menit	30 s/d 90 menit	Sesuai dengan target, terutama kecepatan petugas, setiap permintaan ketika linen tersedia maka akan segera diantarkan ke ruang yang meminta.			
		5. Hand hygiene						
		Sebelum kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien yang nempel pada laken	100%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	100%	Realisasi 95% karena masih ditemukan linen infeksius tergabung dengan non infeksius oleh perawat, dan pencucian masih pada ruang pencucian yang sama dengan linen non infeksius			
		7. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	100%	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%	100%	Realisasi 70%, 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 secara umum 79,06% Namun survey terhadap pelayanan laundry tidak ada dilakukan			
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Adanya penanggungjawab IPSRS	Ada SK direktur	Ada SK direktur	Sesuai standar			
		2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Tersedia	Tidak tersedia, sehubungan dengan minimnya area RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan, sehingga bengkel kerja yang sebelumnya dialihkan menjadi gudang			
		3. Waktu tanggap kecepatan menanggapi kerusakan alat : 15 menit	≥80%	≥80%	Realisasi 80% untuk alat medis, dan 75% untuk alat non medis, salah satu penyebabnya adalah kurang tanggapnya petugas IPSRS.			Ini akan menjadi laporan ke bagian terkait
		4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	100%	Realisasi 85% untuk alat medis, dan 75% untuk alat non medis, tidak patuhnya petugas dalam melaksanakan jadwal pemeliharaan alat.			Ini akan menjadi laporan ke bagian terkait
		5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	100 %	Realisasi 100%,			



		6. Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain), yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100 %	Realisasi 100%			
		7. Ketersediaan alat siap pakai	100%	100%	Realisasi 100%			
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Tersedianya Tim PPI yang terlatih	≥ 75 %	100%	Sesuai target pencapaian, semua anggota telah mengikuti pelatihan PPI			
		2. Ketersedian APD disetiap instalasi	≥ 75 %	100%	Sesuai standar			
		3. Rencana program PPI	Ada	Ada	Sesuai standar			
		4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	90%	Realisasi 100%,			
		5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	90%	Realisasi 100%, dampak pandemic COVID-19 terjadi kepatuhan dalam penggunaan APD			



		6. Kegiatan Pencatatan Pelaporan Infeksi HAIs di RS	75 %	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	100 %	100%	Sesuai target pencapaian, setiap kejadian HAIs terpantau oleh petugas PPI dan IPCN			
22	Pelayanan Keamanan	1. Jam tugas satuan pengamanan : 24 jam	100%	100%	Sesuai standar			
		2. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	100%	Sesuai standar			
		3. Sistem pengamanan	Ada	Ada	Sesuai standar			
		4. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	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. Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit : setiap jam	100%	100%	Realisasi 75%, karena jumlah petugas keamanan belum memadai sesuai dengan area RS			



		6. Evaluasi terhadap system pengamanan	100%	100%	Realisasi 100%, karena telah ditetapkan penanggungjawab keamanan yang mengkoordinir dan melakukan evaluasi terhadap system pengamanan			
		7. Waktu Tanggap Pelayanan Keamanan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Realisasi ≤ 10 menit menit			
		8. Kegiatan Pencatatan Pelaporan Jaga	100%	100%	Sesuai target pencapaian			
		9. Tidak adanya kejadian kehilangan barang (pasien, pengunjung, karyawan)	100%	100%	Belum memenuhi standard, karena terjadi kasus kehilangan barang pada katin yang berada di lingkungan RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan			
		10. Kegiatan pencatatan dan pelaporan kehilangan	100%	100%	Sesuai standar			
		11. Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	Realisasi 91,80%			



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%	100%	Realisasi 80%, masih ada beberapa fasilitas PKRS yang belum tersedia, seperti ruang pameran dan ruang kerja			Kendala : area RS Painan tidak memadai lagi bagi penambahan ruangan baru, sehingga kegiatan PKRS dilakukan melalui metode lain, seperti spanduk dan papan informasi
		3. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	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. Pemberian informasi dan edukasi minimal 3 kali 1 hari	100%	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	100%	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	$\geq 80 \%$	100%	Realisasi 100%, karena selain dijelaskan oleh petugas admisi dan petugas rawat inap pada pasien yang dirawat, barner tentang hak dan kewajiban pasien juga dipajang pada beberapa tempat yang mudah diakses oleh pasien/keluarga			
		7.Terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan rumah sakit - Membuang sampah pada tempatnya - Cuci Tangan - Tidak membuang dahak sembarangan - Tidak merokok dilingkungan rumah sakit	$\geq 80 \%$	$\geq 80 \%$	Realisasi 99%, karena setiap petugas keamanan, petugas PKRS dan karyawan rumah sakit mempunyai tanggungjawab untuk mengawasi perilaku pasien dan pengunjung di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan			
		8. Kepuasan pasien	$\geq 90 \%$	$\geq 90 \%$	Belum dilakukan survey			



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	100%	100%	Sesuai standar			
		7. Pemakaian Pin identitas petugas selama pelayanan	100%	100%	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			
		8. Hand hygiene				9.	10.	11.
		Sebelum kontak dengan pasien	100%	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			




		Sebelum melakukan tindakan aseptik	100%	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			
		Setelah terkena cairan tubuh pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan pasien	100%	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			
		Setelah kontak dengan lingkungan pasien	100%	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			
		12. Kematian pasien di Unit Hemodialisa	≤ 2 0/00	≤ 2 0/00	Realisasi 0			
		13. Kejadian infeksi HAIs di Unit Hemodialisa	≤ 21 %	≤ 21 %	Realisasi 0			



		Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	≥ 70 %	<ul style="list-style-type: none">- Realisasi secara umum 65,2, 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- Pendingin ruangan juga tidak memadai, sehingga ruang tunggu terasa panas- Untuk petugas pendaftaran, 90,6% <p>Namun bila dilihat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan perawat didapat hasil 90%, dan pelayanan dokter 90,40%</p>			
--	--	--------------------	--------	--------	---	--	--	--

Painan, 4 Februari 2022
Direktur RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan


PAINAN Harefa, Sp.PD, KKV, FINASIM
NIDN 19730103 200212 1 005

