

HASIL PENILAIAN INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) TAHUN 2018

Nama Satker BLU : RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
 Periode : Juli 2018

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
PELAYANAN GAWAT DARURAT				
<i>Input</i>	1.1	Kemampuan Menangani Life Saving	100%	100.00%
	1.2	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat	100%	78.95%
	1.3	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	100.00%
<i>Proses</i>	1.4	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat	≤5 menit	00:03:52
	1.5	Waktu Tanggap Pelayanan Perawat di Gawat Darurat	≤2 menit	00:02:20
	1.6	<i>Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)</i>	≤240 menit	00:49:34
<i>Output</i>	1.7	Angka Kematian Pasien Di IGD	≤2perseribu (≤2‰)	2.00
<i>Outcome</i>	1.8	Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat	≥85%	86.99%
PELAYANAN RAWAT JALAN				
<i>Input</i>	II.a.1	Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis	100%	100.00%
	II.a.2	Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan	100%	96.00%
<i>Proses</i>	II.a.3	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 menit	00:48:48
<i>OutCome</i>	II.a.4	Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan	≥85%	85.10%
		Persentase rujukan yang berkualitas	40%	100.00%
	VI.4	Drop Out Minum Obat (NAPZA)	<22%	15.15%
	III.a.3	Kesediaan Secara Mandiri Untuk di rawat	5%	NA
PELAYANAN REHABILITASI MEDIK				
<i>Proses</i>	II.b. 1	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100.00%
<i>Output</i>	II.b. 2	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang direncanakan	≤50%	0.92%
<i>Outcome</i>	II.b. 3	Kepuasan Pelanggan pada Rehabilitasi Medik	≥80%	87.67%
		Waktu tunggu pasien Rehabilitasi Medik	≤60 menit	00:21:37
PELAYANAN RADIODIAGNOSTIC DAN IMAGING				
<i>Proses</i>	II.c.1	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTRP)	≤ 3 jam	01:44:30
<i>Output</i>	II.c.2	Kerusakan Foto	≤2%	0.24%
	II.c.3	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label	100%	99.88%
<i>Outcome</i>	II.c.4	Kepuasan Pelanggan Pada Radiodiagnostik dan Imaging	≥85%	93.75%
		Waktu tunggu pemeriksaan thorax radiologi	<3 jam	00:08:32
		Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤30 menit	00:21:31
PELAYANAN ASESMEN CENTER				
<i>Proses</i>	II.d.1	Waktu tunggu Pelayanan di Assessment Terpadu	≤30 menit	00:04:21
	II.d.2	Waktu Tunggu Pengambilan Hasil	≤2 hari kerja	2 hari
<i>Outcome</i>	II.d.3	Kepuasan Pelanggan Pada Assasment Terpadu	≥85%	88.16%

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
PELAYANAN RAWAT INAP				
<i>Input</i>	III.1	Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap	100%	100.00%
	III.2	Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)/SP2KP	>75%	88.00%
	III.3	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	100.00%
<i>Proses</i>	III.4	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	90.98%
	III.5	Pengkajian awal medis dan keperawatan	≥80%	99.09%
		Pengkajian awal medis	≥80%	98.18%
		Pengkajian awal keperawatan	≥80%	100.00%
	III.7	Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh	100%	99.86%
		Kepatuhan Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh	100%	100.00%
<i>OutCome</i>	III.9	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi)	100%	100.00%
	III.10	Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh	≤5%	3.45%
	III.11	Kepuasan Pelanggan (KP) pada Rawat Inap Psikiatri	≥85%	92.39%
PELAYANAN RAWAT INAP PSIKIATRI				
<i>Proses</i>	III.a.1	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT) / Detoksifikasi	100%	NA
	III.a.2	Kejadian Rawat Ulang (re-admission) Pasien Gangguan Jiwa Dalam Waktu ≤ 1 Bulan	<10%	8.62%
	III.a.4	Lama pemeriksaan Visum Et Repertum Psychiatricum	14 hari	14 hari
<i>Output</i>	III.a.5	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)	≤1.5%	0.40%
	III.a.6	Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi dalam 24 jam dalam Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)	≥95%	99.60%
	III.a.7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 10 hari	≥90%	97.98%
	III.a.8	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari	42 hari	98.75%
	III.a.9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	100%	100.00%
		Tidak adanya kejadian pasien lari	≥95%	99.86%
PELAYANAN BEDAH DAN ANESTESI				
<i>Proses</i>	III.b.1	Waktu Tunggu Operasi Elektif	≤48 jam	19:06:00
<i>Output</i>	III.b.2	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	100%	100%
	III.b.3	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%
	III.b.4	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi	100%	100%
	III.b.5	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh pasien setelah operasi	100%	100%
	III.b.6	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah penempatan Endotracheal tube	≤6%	0%
	III.b.7	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤1%	0%
	<i>Outcome</i>	III.b.8	Kepuasan Pelanggan pada Bedah Sentral	≥85%
PELAYANAN INTENSIF				

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
Output	III.c.1	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0.00%
Outcome	III.c.2	Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Intensif	≥85%	90.90%
		Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100.00%
PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI				
Input	III.d.1	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	100%	100.00%
	III.d.2	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	100%	100.00%
	III.d.3	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi	100%	100.00%
Proses	III.d.4	Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr	100%	100.00%
	III.d.5	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria	≤20%	52.38%
Output	III.d.6	Angka Kematian Ibu Karena Persalinan	0%	0%
Outcome	III.d.7	Kepuasan Pelanggan pada Persalinan dan Perinatologi	≥85%	91.05%
		Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	>60%	85.71%
		Persentase rawat gabung	>60%	61.90%
		Perawatan Metode Kanguru	>60%	100.00%
		IMD	>60%	52.38%
PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL				
Input	IV.1	Pemberi Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial (Tersedia Dokter spesialis kedokteran jiwa, dokter umum yang mendapat sertifikat dan masih berlaku, psikolog klinis, perawat bersertifikat, pekerja sosial, okupasi terapis dan instruktur latihan kerja)	100%	100.00%
Proses	IV.2	Jam Buka Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial	100%	100.00%
	IV.3	Paket Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	>12 kali	100.00%
Output	IV.4	Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	>75%	63.41%
	IV.5	Persentase Rehabilitant yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	80%	90.38%
Outcome	IV.6	Kepuasan Pelanggan Pada Unit Rehabilitasi Psikososial	≥85%	85.71%
		Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan	<25%	36.59%
		Persentase Rehabilitant yang mandiri di masyarakat	40%	16.00%
		Asesmen Rehabilitasi Psikososial	≥80%	100.00%
		Rujukan Rehab sesuai indikasi	≥80%	62.64%
PELAYANAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT				
Input	V.1	Pemberi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat	100%	88.57%
	V.2	Ketersediaan Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat. Minimal pelayanan kesehatan jiwa masyarakat : pembinaan kepada puskesmas dan sarana kesehatan lain, program kesehatan jiwa masyarakat, pelayanan penjangkauan (outreach), krisis intervensi, program keswa berbasis sekolah, program keswa berbasis tempat kerja	100%	76.32%
	V.3	Ketersediaan Tim Penanggulangan Kesehatan Jiwa akibat Bencana	Satu Tim	100.00%

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
Output	V.4	Persentase pasien psikiatri yang dilayani Case Management	40%	100.00%
PELAYANAN NAPZA				
Input	VI.1	Ketersediaan Pelayanan VCT (terlatih)	100%	100.00%
Output	VI.3	Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh	100%	100.00%
Outcome	VI.8	Kepuasan Pelanggan pada IPK Napza	≥85%	60.50%
		Asesmen ASI max 3x24 jam	100%	100.00%
		Tidak ada pasien MRSTI	100%	100.00%
		Upaya pencegahan jatuh karena withdrawl	100%	100.00%
		Konseling selama pasien rawat inap (minimal 3x)	100%	100.00%
		Terlaksananya sesi terstruktur	100%	100.00%
		Terlaksananya terapi vokasional minimal 8x/bulan)	100%	100.00%
		Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	100%	100.00%
PELAYANAN LABORATORIUM				
Proses	VII.1	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	01:33:59
Output	VII.2	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	99.95%
	VII.3	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100.00%
	VII.4	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	Hasil Evaluasi PME belum keluar
Outcome	VII.5	Kepuasan Pelanggan Pada Laboratorium	≥85%	90.00%
		Waktu Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	30 menit	00:20:43
		Angka Pengulangan Sampel Laboratorium	0%	0.04%
PELAYANAN FARMASI				
Input	VIII.1	Ketersediaan Formularium (Tersedia dan updated paling lama 3 tahun)	100%	100.00%
Proses	VIII.2	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi (WTOJ)	< 30 menit	00:44:36
	VIII.3	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit	00:55:41
Output	VIII.4	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%	99.99%
	VIII.5	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)	0%	0.39%
	VIII.6	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 90%	99.71%
Outcome	VIII.7	Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Farmasi	≥85%	80.16%
		Kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan	100%	100.00%
PELAYANAN GIZI				
Proses	IX.1	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90%	90.00%
Output	IX.2	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100.00%
	IX.3	Prosentase Pasien yang dilakukan Pengkajian Gizi Terhadap Pasien yang Beresiko	100%	100.00%
Outcome	IX.4	Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Gizi di Rawat Inap	≥85%	79.07%
PELAYANAN REKAM MEDIK				

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
Proses	X.1	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤35 menit	00:37:15
	X.2	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤15 menit	00:17:00
Output	X.3	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	83.02%
	X.4	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	86.22%
PELAYANAN TRANSFUSI DARAH				
Output	XII.1	Kejadian Reaksi Transfusi	0%	0%
Outcome	XII.2	Kepuasan Pelanggan	≥85%	NA
PENGELOLAAN KESEHATAN LINGKUNGAN				
PENGELOLAAN LIMBAH				
Output	XIII.a.1	Baku Mutu Limbah Cair	100%	100%
Proses	XIII.a.2	Pengelolaan Limbah Cair	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 tahun 2004	100%
	XIII.a.3	Pengelolaan Limbah Padat	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2005	100%
	XIII.a.4	Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan	100%	100%
Output	XIII.a.5	Tingkat Penilaian Proper *) 26	2015 s.d 2019 → Biru	Belum mengikuti proper
		Pengelolaan Limbah Infeksius	100%	100%
		Pengelolaan Limbah Tajam	100%	100%
		Pengendalian Lingkungan	100%	100%
PENGELOLAAN LAUNDRY				
Output	XIII.c.1	Tidak ada Kejadian Linen yang hilang	100%	100%
	XIII.c.2	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap	1 hari	100%
	XIII.c.3	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan	1 hari	100%
	XIII.c.4	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%
	XIII.c.5	Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi	100%	100%
PENGELOLAAN CSSD				
		Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Sterill	100%	100%
		Ketersediaan Alat Sterill Steril	100%	100%
		Ketepatan Pemrosesan Sterilisasi Alat	100%	100%

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
PENGELOLAAN PEMULASARAAN JENAZAH				
Output	XIII.b.1	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 jam	03:27:30
	XIII.b.2	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	100%	100%
Proses	XIII.b.3	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>	100%	100%
Outcome	XIII.b.4	Kepuasan Pelanggan pada Pemulasaraan Jenazah	≥85 %	NA
PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT				
Output	XIV.1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	2015 s.d 2019 : 100%	81.13%
	XIV.2	Tingkat Keandalan Sarpras (OEE)	2015 --> 80 % 2016 → 80 % 2017 → 85 % 2018 → 90 % 2019 → 100 %	81.88%
	XIV.3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80 %	85.71%
	XIV.4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	86.84%
	XIV.5	Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu	100%	100.00%
PELAYANAN AMBULAN/KERETA JENAZAH				
Input	XV.1	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah	100%
Output	XV.2	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit	≤ 30 menit	00:10:00
	XV.3	Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 menit	00:15:00
	XV.4	Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian	100%	100%
Outcome	XV.5	Kepuasan Pelanggan pada Ambulan/ Kereta Jenazah	≥85 %	80%
PELAYANAN KEAMANAN				
Input	XVI.1	Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan	100%	
Proses	XVI.2	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	
Output	XVI.3	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	100%	
	XVI.4	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang Hilang	100%	
Outcome	XVI.5	Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan *)15	≥85 %	
PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN				
PELAYANAN ADMINISTRASI PASIEN				
Output	XVII.a.1	Kelengkapan Pengisian Jati Diri/ Identitas Pasien	95%	99.00%
	XVII.a.2	Waktu Penginputan Data Pasien Baru	Pasien Baru ≤ 7 menit	00:03:00
		Waktu Penginputan Data Pasien Lama	Pasien lama ≤ 2 menit	00:02:00

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
	XVII.a.3	Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien Rawat Jalan	≤ 3 hari kerja	100.00%
		Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 3 hari kerja	50.00%
	XVII.a.4	Kelengkapan Berkas Tagihan Rawat Jalan	100%	100.00%
		Kelengkapan Berkas Tagihan Rawat Inap	100%	100.00%
	XVII.a.6	Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi Rawat Jalan	100 % tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	NA
		Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi Rawat Inap	100 % tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	NA
	XVII.a.7	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan	≤ 15 menit	00:02:00
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	< 2 jam	00:10:00
PELAYANAN ADMINISTRASI UMUM				
PELAYANAN TU DAN PELAPORAN				
Output	XVII.b.2	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Struktural	100%	NA
	XVII.b.3	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100%	NA
	XVII.b.4	Waktu Proses Administrasi Persuratan	≤ 1 Minggu	2 hari 4 jam
	XVII.b.5	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	Per Tahun
		Ketepatan Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja	100%	Per tahun
PELAYANAN HUKUM, ORGANISASI, DAN MASYARAKAT				
		Ketersediaan Informasi Tempat Tidur RS Dalam Bentuk <i>Display</i>	≤ 30 menit	100.00%
		Ketersediaan Informasi Tepat Waktu	Poster, leaflet, dan web dinamis 100% Poster, leaflet, dan web statis 75% Poster dan leaflet 50% Poster 25%	100.00%
	XVII.b.1	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	> 75%	100.00%
		Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %	86.03%
PELAYANAN SISTIM INFORMASI RUMAH SAKIT				
	XVII.b.6	Level Informasi Teknologi yang Terintegrasi *)28	Integrated 1	Siloed 2
		Ketersediaan Konektivitas Untuk Pelaporan <i>Online</i>	100%	100.00%
		Waktu Tanggap Penanganan Kerusakan (<i>Hardware</i> dan <i>Software</i>)	< 60 menit	NA
		Ketepatan Waktu <i>Maintenance</i> Komputer	100%	NA
		Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %	NA
PELAYANAN KEUANGAN				
Output	XVII.c.1	Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional	> 65%	
	XVII.c.2	<i>Cost Recovery</i>	≥ 60 %	
	XVII.c.3	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif	100%	

INDIKATOR			STANDAR	JULI 2018
JENIS	NO	URAIAN		
	XVII.c.4	Waktu Penagihan Per Bulan	Penagihan selambat-lambatnya N+1	
	XVII.c.5	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90 %	
PELAYANAN SUMBER DAYA MANUSIA				
Input	XVII.d.1	Jumlah Tenaga Kesehatan Pendidikan Minimal D.III	100%	97.07%
	XVII.d.2	Jumlah Tenaga Kesehatan yang memiliki STR	100%	93.91%
	XVII.d.3	Perencanaan pengembangan SDM Rumah sakit	Ada dokumen rencana pengembangan SDM	100%
	XVII.d.4	Daftar Urutan Kepangkatan	Ada dan di update tiap 6 bulan	100%
	XVII.d.5	Peraturan Karyawan Rumah Sakit	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit	100%
Proses	XVII.d.6	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM	≥90%	31.24%
Output	XVII.d.9	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%
	XVII.d.10	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%
	XVII.d.11	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥90%	100%
		Kepuasan Karyawan	≥80%	
		Tingkat proses budaya kinerja	70%	99.52%
		Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	60%	
		Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar	60%	97.07%
PELAYANAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN				
Input	XVII.e.1	Jumlah Pegawai Yang Pernah Melanjutkan Pendidikan Formal	2 % dari seluruh pegawai	4.43%
	XVII.e.2	Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pendidikan Non Formal	5%	9.14%
	XVII.e.3	Pembimbing Klinik Mahasiswa D3 Keperawatan	100%	100.00%
	XVII.e.4	Pembimbing Klinik Mahasiswa S1	100%	100.00%
	XVII.e.5	Pembimbing Klinik Kedokteran	100%	100.00%
	XVII.e.6	Pembimbing Klinik Sp 1 Kedokteran	100%	100.00%
		Pembimbing Klinik Sp 2 Kedokteran	100%	100.00%
Output	XVII.e.7	Jumlah Penelitian Yang Difasilitasi Eksternal	50%/Tahun	100%
Output		Jumlah Penelitian Yang Difasilitasi Internal	50%/Tahun	100%
	XVII.e.8	Jumlah Studi Banding	50%	100%
	XVII.d.7	Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/orang per tahun	2018 → 90 %	3.70%
	XVII.d.8	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	5.18%

Mengetahui,
Direktur Utama

Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien