

HASIL PENILAIAN INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) TAHUN 2017

Nama Satker BLU : RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
 Periode : Maret2017

INDIKATOR			STANDAR	MARET 2017
JENIS	NO	URAIAN		
PELAYANAN GAWAT DARURAT				
<i>Input</i>	1.1	Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i>	100%	100%
	1.2	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat	100%	68.42%
	1.3	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	1 Tim
Proses	1.4	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat	≤ 5 menit	4.24 menit
	1.5	Waktu Tanggap Pelayanan Perawat di Gawat Darurat	2 menit terlayani setelah pasien datang	1.01 menit
	1.6	<i>Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) *) 17</i>	≤ 240 menit	51.93 menit
<i>Output</i>	1.7	Kematian Pasien Di IGD *) 8	≤2 perseribu (≤ 2‰)	1.37
<i>Outcome</i>	1.8	Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat *) 15	≥ 85 %	90.19%
PELAYANAN RAWAT JALAN				
<i>Input</i>	II.a.1	Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis	100%	100%
	II.a.2	Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan	100%	96.50%
Proses	II.a.3	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) *) 18	≤60 menit	75.3 menit
<i>OutCome</i>	II.a.4	Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan *) 15	≥ 85 %	95.80%
		Prosentase rujukan yang berkualitas	40%	50%
PELAYANAN REHABILITASI MEDIK				
Proses	II.b. 1	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%
<i>Output</i>	II.b. 2	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang direncanakan	≤50 %	99.50%
<i>Outcome</i>	II.b. 3	Kepuasan Pelanggan pada Rehabilitasi Medik *) 15	≥80 %	97%
PELAYANAN RADIODIAGNOSTIC DAN IMAGING				
Proses	II.c.1	II.c.1. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTRP) *)20	≤ 3 jam	2 jam 13.2 menit
<i>Output</i>	II.c.2	Kerusakan Foto	≤2 %	0.50%
	II.c.3	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label	100%	99.45%
<i>Outcome</i>	II.c.4	Kepuasan Pelanggan Pada Radiodiagnostik dan Imaging *) 15	≥ 85 %	90.44%
		Waktu tunggu pemeriksaan thorax radiologi	<3 jam	7.08 menit
		Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤ 30 menit	21.73 menit
PELAYANAN ASESMEN CENTER				
Proses	II.d.1	Waktu tunggu Pelayanan di <i>Assessment</i> Terpadu	≤ 30 menit	1.11 menit
	II.d.2	Waktu Tunggu Pengambilan Hasil	≤ 2 hari kerja	2 hari
<i>Outcome</i>	II.d.3	Kepuasan Pelanggan Pada <i>Assessment</i> Terpadu *)15	≥ 85 %	96.00%

PELAYANAN RAWAT INAP				
Input	III.1	Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap	100%	100%
	III.2	Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)/SP2KP	> 75 %	91.60%
	III.3	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	100%
Proses	III.4	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	100%	79.60%
	III.5	Pengkajian awal medis dan keperawatan	> 80 %	97.31%
Output	III.6	<i>Bed Occupancy Rate (BOR) *)</i> 14	60% - 85%	72.10%
	III.7	Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh *) 2	100%	99.70%
	III.8	<i>Nett Death Rate (NDR) *)</i> 7	≤24/1000 atau ≤ 25/1000	
OutCome	III.9	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway *)</i> 1	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	5 CP
	III.10	Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh	≤ 5%	2.80%
	III.11	Kepuasan Pelanggan (KP) pada Rawat Inap Psikiatri *) 15	≥ 85%	92.72%
PELAYANAN RAWAT INAP PSIKIATRI				
Proses	III.a.1	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Teraphy (ECT) / Detoksifikasi *)</i> 4	100%	100%
	III.a.2	Kejadian Rawat Ulang (<i>re-admission</i>) Pasien Gangguan Jiwa Dalam Waktu ≤ 1 Bulan	> 90 %	99.14%
	III.a.3	Kesediaan Secara Mandiri Untuk di rawat	5%	
	III.a.4	Lama pemeriksaan <i>Visum Et Repertum Psychiatricum</i>	14 hari	
Output	III.a.5	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (<i>CAF</i>) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UIPI) *) 5	≤ 1,5 %	0%
	III.a.6	Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi dalam 24 jam dalam Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UIPI) *)13	≥ 95%	100%
	III.a.7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UIPI > 10 hari *) 11	≥ 90%	
	III.a.8	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari*) 10	42 hari	100%
	III.a.9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri *) 12	100%	100%
		Tidak adanya kejadian pasien lari	≥ 95%	99.23%
PELAYANAN BEDAH DAN ANESTESI				
Proses	III.b.1	Waktu Tunggu Operasi Elektif *)19	≤ 48 jam	28 jam
Output	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 <i>Overdosis</i> , Reaksi Anestesi Dan Salah penempatan <i>Endotracheal tube</i>	≤6 %	0%
	III.b.7	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤1 %	0%
Outcome	III.b.8	Kepuasan Pelanggan pada Bedah Sentral *) 15	≥85 %	
PELAYANAN INTENSIF				
Output	III.c.1	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3 %	0%

Outcome	III.c.2	Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Intensif *)15	≥85%	
		Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100%
PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI				
Input	III.d.1	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	100%	100%
	III.d.2	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	Tersedia	Tim PONEK
	III.d.3	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi	100%	100%
Proses	III.d.4	Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr	100%	100%
	III.d.5	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria	≤20 %	58.30%
Output	III.d.6	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	Pendarahan ≤1 %, preeklampsia ≤30%, Sepsis ≤ 0,2 %	0%
Outcome	III.d.7	Kepuasan Pelanggan pada Persalinan dan Perinatologi *) 15	≥85 %	
		Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	> 60 %	66.67%
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	Tersedia
Proses	IV.2	Jam Buka Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial	100%	100%
	IV.3	Paket Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	> 10 kali	12 kali
Output	IV.4	Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	> 75%	83%
	IV.5	Persentase pasien yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial *) 29	25%	94%
Outcome	IV.6	Kepuasan Pelanggan Pada Unit Rehabilitasi Psikososial *)15	≥85 %	91.90%
		Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan	25%	16.90%
		Rehabilitan yang mandiri di masyarakat	40%	33.30%
PELAYANAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT				
Input	V.1	Pemberi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat	100%	101.86%
	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 (<i>outreach</i>), krisis intervensi, program	90.00%

			keswa berbasis sekolah, program keswa berbasis tempat kerja	
	V.3	Ketersediaan Tim Penanggulangan Kesehatan Jiwa akibat Bencana	Satu Tim	1 Tim
Output	V.4	Persentase pasien psikiatri yang dilayani <i>Case Management</i> *) 30	40%	100%
PELAYANAN NAPZA				
Input	VI.1	Ketersediaan Pelayanan VCT	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih
Output	VI.2	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> *)14	60% - 85%	58.83%
	VI.3	Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh *)2	100%	100%
	VI.4	<i>Drop Out</i> Minum Obat	<22%	0.01%
	VI.5	<i>Relaps</i> Zat pada Proses IPWL	<60%	0.00%
	VI.6	<i>Medic, Psychiatric Evaluation (MPE)</i>	4-14 hari	10 hari
	VI.7	<i>Nett Death Rate (NDR)</i> *)7	≤24/1000 atau ≤ 25/1000	0.0058
Outcome	VI.8	Kepuasan Pelanggan pada IPK Napza *)15	≥85 %	93.00%
PELAYANAN LABORATORIUM				
Proses	VII.1	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL) *)21	< 2 Jam	1 jam 34.4 menit
Output	VII.2	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	94.40
	VII.3	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%
	VII.4	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	100%
Outcome	VII.5	Kepuasan Pelanggan Pada Laboratorium *) 15	≥85 %	Hasil Evaluasi PME belum keluar
		Waktu Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	30 menit	18.1 menit
PELAYANAN FARMASI				
Input	VIII.1	Ketersediaan Formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun	Tersedia
Proses	VIII.2	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi *)22	< 30 menit	48.05 menit
	VIII.3	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit	1 jam 12 menit
Output	VIII.4	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%	99.99%
	VIII.5	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (<i>Medication Error</i>) *)9	Tren menurun	0.12%
	VIII.6	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas) *) 3	≥ 90%	99.99%
Outcome	VIII.7	Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Farmasi *)15	≥85 %	85.74%
PELAYANAN GIZI				
Proses	IX.1	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %	100%
Output	IX.2	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100%
	IX.3	Prosentase Pasien yang dilakukan Pengkajian Gizi Terhadap Pasien yang Beresiko	100 % pasien terassessment	100%

Outcome	IX.4	Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Gizi di Rawat Inap *)15	≥85 %	72.00%
PELAYANAN REKAM MEDIK				
Proses	X.1	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 20 menit	SIMRS error
	X.2	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤15 menit	1 jam 3 menit
Output	X.3	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam (PRM) *)23	> 80%	62.44%
	X.4	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	84.02%
PELAYANAN TRANSFUSI DARAH				
Output	XII.1	Kejadian Reaksi Transfusi	≤0,01 %	0.00%
Outcome	XII.2	Kepuasan Pelanggan	≥85 %	
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	84%
	XIII.a.4	Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan	100%	80%
Output	XIII.a.5	Tingkat Penilaian Proper *) 26	2015 s.d 2019 → Biru	
		Pengelolaan Limbah Infeksius	100%	80%
		Pengelolaan Limbah Tajam	100%	80%
		Pengendalian Lingkungan	100%	100%
PENGELOLAAN PEMULASARAAN JENAZAH				
Output	XIII.b.1	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 jam	1 jam 30 menit
	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 *)15	≥85 %	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	100%	100%
	XIII.c.3	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan	100%	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%	95%
		Ketersediaan Alat Sterill Steril	100%	95%
		Ketepatan Pemrosesan Sterillisasi Alat	100%	100%
PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT				
Output	XIV.1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal *)27	2015 s.d 2019 : 100%	100%
	XIV.2	Tingkat Keandalan Sarpras (OEE) *)25	2015 --> 80 % 2016 → 80 % 2017 → 85 % 2018 → 90 % 2019 → 100 %	78%
	XIV.3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80 %	80%
	XIV.4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	90%
	XIV.5	Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu	100%	100%
PELAYANAN AMBULAN/KERETA JENAZAH				
Input	XV.1	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah	
Output	XV.2	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit	≤ 30 menit	
	XV.3	Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 menit	
	XV.4	Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian	100%	
Outcome	XV.5	Kepuasan Pelanggan pada Ambulan/ Kereta Jenazah *)15	≥85 %	
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%	97%
	XVII.a.2	Waktu Penginputan Data Pasien Baru	Pasien Baru ≤ 7 menit	4 menit
		Waktu Penginputan Data Pasien Lama	Pasien lama ≤ 2 menit	2 menit
	XVII.a.3	Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien	≤ 3 hari kerja	20 hari
	XVII.a.4	Kelengkapan Berkas Tagihan	100%	50%
	XVII.a.6	Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi	100 % tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	85%
	XVII.a.7	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan	≤ 15 menit	2 menit

PELAYANAN ADMINISTRASI UMUM				
PELAYANAN TU DAN PELAPORAN				
Output	XVII.b.2	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Struktural	100%	0%
	XVII.b.3	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100%	0%
	XVII.b.4	Waktu Proses Administrasi Persuratan	≤ 1 Minggu	12 hari
	XVII.b.5	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	
		Ketepatan Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja	100%	
PELAYANAN HUKUM, ORGANISASI, DAN MASYARAKAT				
		Ketersediaan Informasi Tempat Tidur RS Dalam Bentuk <i>Display</i>	≤ 30 menit	0
		Ketersediaan Informasi Tepat Waktu	Poster, leaflet, dan web dinamis 100% Poster, leaflet, dan web statis 75% Poster dan leaflet 50% Poster 25%	75%
	XVII.b.1	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK *) ¹⁶	> 75%	100%
		Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %	90.07%
PELAYANAN SISTIM INFORMASI RUMAH SAKIT				
	XVII.b.6	Level Informasi Teknologi yang Terintegrasi *) ²⁸	2015 --> Siloed 1 2016 → Siloed 2 2017 → Integrated 1 2018 → Integrated 2 2019 → Advanced	Siloed 2
		Ketersediaan Konektivitas Untuk Pelaporan <i>Online</i>	100%	100%
		Waktu Tanggap Penanganan Kerusakan (<i>Hardware</i> dan <i>Software</i>)	< 60 menit	35 menit
		Ketepatan Waktu <i>Maintenance</i> Komputer	100%	100%
		Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %	89%
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%	
	XVII.c.4	Waktu Penagihan Per Bulan	Penagihan selambat-lambatnya N+1	
	XVII.c.5	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90 %	
	XVII.c.6	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 2 jam	
	XVII.c.7	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	2 jam
PELAYANAN SUMBER DAYA MANUSIA				
Input	XVII.d.1	Jumlah Tenaga Kesehatan Pendidikan Minimal D.III	100%	96.28%
	XVII.d.2	Jumlah Tenaga Kesehatan yang memiliki STR	100%	87.08%
	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%	44.38%
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 %	97.53%
		Kepuasan Karyawan	≥ 80 %	
		Tingkat proses budaya kinerja	70%	96.06%
		Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	60%	
		Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar	60%	96.28%
PELAYANAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN				
Input	XVII.e.1	Jumlah Pegawai Yang Pernah Melanjutkan Pendidikan Formal	2 % dari seluruh pegawai	3.09%
	XVII.e.2	Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pendidikan Non Formal	5%	2.99%
	XVII.e.3	Pembimbing Klinik Mahasiswa D3 Keperawatan	100%	100%
	XVII.e.4	Pembimbing Klinik Mahasiswa S1	100%	100%
	XVII.e.5	Pembimbing Klinik Kedokteran	100%	100%
	XVII.e.6	Pembimbing Klinik Sp 1 Kedokteran	100%	NA
	XVII.e.7	Jumlah Penelitian Yang Difasilitasi	50%/Tahun	100%
	XVII.e.8	Jumlah Studi Banding	50%	100%
Output	XVII.d.7	Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/orang per tahun *)24	2015 --> 60 % 2016 → 70 % 2017 → 80 % 2018 → 90 % 2019 → 100%	0.20%
	XVII.d.8	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	1.39%
		Waktu proses administrasi persuratan	≤ 1 minggu	3 hari
		Kepuasan pelanggan internal	≥ 85 %	79.22%
		Kepuasan pelanggan eksternal	≥ 85 %	81.76%

Mengetahui,
Direktur Utama

Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

dr. H. Bambang Eko Sunaryanto, Sp.KJ, MARS.
NIP. 196204301987111001

dr. Puji Triastuti, MARS.
NIP. 196410281990032001