

**SPM**

**RSUD MUNTILAN**

**KAB. MAGELANG**

**Tribulan I**

**Tahun 2019**

**PELAYANAN MINIMAL  
TRI BULAN I 2019**

| No                                | Indikator  | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes  | Capaian SPM Tri Bln I Tahun 2019 | Keterangan            |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|----------------------------------|-----------------------|
| <b>A. INSTALASI GAWAT DARURAT</b> |  |                       |  |                                  |                       |
| 1.                                | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa  | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target         |
| 2.                                | Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)    | 100%                  | 100%   | 96 %                             | Belum Memenuhi Target |
| 3.                                | Ketersediaan tim penanggulangan bencana  | 1 Tim                 | 1 tim  | 1 tim                            | Sesuai Target         |
| 4.                                | Jam buka pelayanan gawat darurat   | 24 jam                | 24 jam   | 24 jam                           | Sesuai Target         |
| 5.                                | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang                              | 3 menit               | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang  | 1 menit                          | Sesuai Target         |
| 6.                                | Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka  | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target         |
| 7.                                | Kematian pasien ≤ 24 jam   | 2 ‰                   | ≤ 2 ‰  | 4,6 ‰                            | Belum Memenuhi Target |
| 8.                                | Kepuasan pelanggan   | 80%                   | ≥ 70%  | 91,37%                           | Sesuai Target         |
| <b>B.RAWAT JALAN</b>              |  |                       |  |                                  |                       |
| 1.                                | Ketersediaan pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah | 100%                  | a. Klinik anak<br>b. Klinik P.dalam<br>c. Klinik KIA<br>d. Klinik Bedah          | 100%                             | Sesuai Target         |
| 2.                                | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis   | 100%                  | 100% dokter spesialis  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 3.                                | Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00                   | 100%                  | Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00 | 100%                             | Sesuai Target         |
| 4.                                | Waktu tunggu di rawat jalan  | 60 menit              | ≤ 60 menit   | 117,62                           | Belum Memenuhi Target |
| 5.                                | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB  | 100%                  | 100%   | 100 %                            | Sesuai Target         |
| 6.                                | Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS  |                       | 100%   | 100 %                            | Sesuai Target         |
| 7.                                | Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)   |                       | Tersedia dengan tenaga terlatih  | 100 %                            | Sesuai Target         |
| 8.                                | Peresepan obat sesuai formularium  |                       | 100%   | 99,59%                           | Belum Memenuhi Target |
| 9.                                | Pencatatan dan Pelaporan TB di RS  |                       | ≥ 60%  | 100 %                            | Sesuai Target         |
| 10.                               | Kepuasan Pasien  | 90%                   | > 90%  | 76,03 %                          | Belum Memenuhi Target |
| <b>C. PELAYANAN RAWAT INAP</b>    |  |                       |  |                                  |                       |
| 1.                                | Ketersediaan pelayanan rawat inap 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)       | 100%                  | a. Anak<br>b. Penyakit dalam<br>c. KIA<br>d. Bedah                               | 100%                             | Sesuai Target         |
| 2.                                | Pemberi pelayanan rawat inap   | 100%                  | Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS                                       | 100%                             | Sesuai Target         |
| 3.                                | Tempat tidur dengan pengaman   |                       | 100%   | 90,18%                           | Sesuai Target         |
| 4.                                | Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan  |                       | 100%   | 42 %                             | Belum Memenuhi Target |
| 5.                                | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap  | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target         |

| No  | Indikator   | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes   | Capaian SPM Tri Bln I Tahun 2019 | Keterangan            |
|---|---|-----------------------|---|----------------------------------|-----------------------|
| 6.  | Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)                                   | 100%                  | 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja   | 97,02 %                          | Belum Memenuhi Target |
| 7.  | Kejadian infeksi pasca operasi  | 1,5%                  | ≤1,5%   | 0 %                              | Sesuai Target         |
| 8.  | Kejadian infeksi nosokomial (INOS)  | 1,5%                  | ≤1,5%   | 0,52 %                           | Sesuai Target         |
| 9.  | Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian                                 | 100%                  | 100%  | 99,92 %                          | Sesuai Target         |
| 10.   | Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS                                |                       | 100%  | 88%                              | Sesuai Target         |
| 11.   | Pencatatan dan Pelaporan TB di RS   | 100%                  | ≥ 60%   | 100%                             | Sesuai Target         |
| 12.   | Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh*  | 3,7%                  | ≤ 5%  | 1,34 %                           | Sesuai Target         |
| 13.   | Kematian pasien > 48 jam  | 22‰                   | ≤ 24‰   | 17,88 ‰                          | Sesuai Target         |
| 14.   | Kepuasan pelanggan  | 90%                   | ≥ 90%   | 80,65%                           | Belum Memenuhi Target |
| <b>D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL</b>                     |   |                       |   |                                  |                       |
| 1.  | Ketersediaan tim bedah  |                       | Sesuai dengan kelas RS  | 85%                              | Belum Memenuhi Target |
| 2.  | Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi  |                       | Sesuai dengan kelas RS  | 95,65%                           | Belum Memenuhi Target |
| 3.  | Kemampuan melakukan tindakan operatif   |                       | Sesuai dengan kelas RS  | 93,6 %                           | Belum Memenuhi Target |
| 4.  | Waktu tunggu operasi elektif  | 1,6 hari              | ≤ 2 hari  | 0,932 hari                       | Sesuai Target         |
| 5.  | Tidak ada kejadian operasi salah sisi   | 100%                  | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 6.  | Tidak ada kejadian operasi salah orang  | 100%                  | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 7.  | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi   | 100%                  | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 8.  | Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi              | 100%                  | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 9.  | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET                        | 1%                    | ≤ 6%  | 1 %                              | Sesuai Target         |
| 10.   | Kejadian kematian di meja operasi   | 1%                    | ≤ 1%  | 1 %                              | Sesuai Target         |
| 11.   | Kepuasan pelanggan  |                       | ≥ 80%   | 75,72 %                          | Belum Memenuhi Target |
| <b>E. PELAYANAN PERSALINAN, PERINATOLOGI &amp; KB</b> |   |                       |   |                                  |                       |
| 1.  | Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan)                      | 100%                  | a.Dokter Sp.OG.<br>b.Dokter Umum Terlatih ( Asuhan Persalinan Normal)<br>c. Bidan | 100%                             | Sesuai Target         |
| 2.  | Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih)                       | 100%                  | Tim PONEK yang terlatih   | 100%                             | Sesuai Target         |
| 3.  | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A) | 100%                  | a. Dokter SP.OG.<br>b.Dokter Sp.A<br>c. Dokter Sp.An.                             | 100%                             | Sesuai Target         |
| 4.  | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr  | 100%                  | 100%  | 97,18%                           | Belum Memenuhi Target |
| 5.  | Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia  | 100%                  | 100%  | 92,96 %                          | Belum Memenuhi Target |
| 6.  | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan   | 20%                   | < 20%   | 21,56 %                          | Belum Memenuhi Target |
| 7.  | Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SpOG atau SpB,SpU, atau dokter umum terlatih          | 100%                  | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |

| No   | Indikator   | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes   | Capaian SPM Tri Bln I Tahun 2019 | Keterangan            |
|--|---|-----------------------|---|----------------------------------|-----------------------|
| 8.   | Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih                         | 100%                  | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 9.   | Kematian ibu karena persalinan:   |                       |   |                                  |                       |
|  | Perdarahan  | 1%                    | ≤ 1%  | 0                                | Sesuai Target         |
|  | Pre-eklamsi   | 10%                   | ≤ 30%   | 0,47%                            | Sesuai Target         |
|  | Sepsis  | 0,2%                  | ≤ 0,2%  | 0,2 %                            | Sesuai Target         |
| 10.  | Kepuasan pelanggan  | 80%                   | ≥ 80 %  | 84,09 %                          | Sesuai Target         |
| <b>F. PERAWATAN INTENSIF</b>                     |   |                       |   |                                  |                       |
| 1.   | Pemberi pelayanan unit intensif:  |                       |   |                                  |                       |
|  | a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus)                                  | 100%                  | Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus yang ditangani               | 100%                             | Sesuai Target         |
|  | b. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4                 | 100%                  | 100% perawat min D3 dg sertifikat perawat mahir ICU / setara D4 | 25 %                             | Belum Memenuhi Target |
| 2.   | Ketersediaan fasilitas dan peralatan peralatan ruang ICU                |                       | Sesuai Kelas RS dan standar ICU                                 | 80%                              | Belum Memenuhi Target |
| 3.   | Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator              |                       | Sesuai Kelas RS dan standar ICU                                 | 62,5 %                           | Belum Memenuhi Target |
| 4.   | Kepatuhan terhadap hand hygiene   | 100%                  | 100%  | 42 %                             | Belum Memenuhi Target |
| 5.   | Kejadian infeksi nosokomial   |                       | < 21%   | 9,37 %                           | Sesuai Target         |
| 6.   | Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72jam | 0,8%                  | ≤ 3%  | 0%                               | Sesuai Target         |
| 7.   | Kepuasan Pelanggan  |                       | ≥ 80%   | 83,52 %                          | Sesuai Target         |
| <b>G. PELAYANAN RADIOLOGI</b>                    |   |                       |   |                                  |                       |
| 1.   | Pemberi pelayanan radiologi   | 100%                  | Dokter spesialis radiologi, Radiografer                         | 100%                             | Sesuai Target         |
| 2.   | Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi                         |                       | Sesuai kelas RS   | 75 %                             | Belum Memenuhi Target |
| 3.   | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax                                | 47 menit              | ≤ 3 Jam   | 40 menit                         | Sesuai Target         |
| 4.   | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)                   | 2%                    | Kerusakan foto ≤ 2%   | 0,44%                            | Sesuai Target         |
| 5.   | Tidak terjadinya kesalahan pemberi label                                |                       | 100%  | 99,92 %                          | Belum Memenuhi Target |
| 6.   | Pelaksana eksperti Dr. Sp. Rad  | 100%                  | Dokter Sp.Rad   | 100%                             | Sesuai Target         |
| 7.   | Kepuasan pelanggan  | 80%                   | ≥ 80%   | 78,98 %                          | Belum Memenuhi Target |
| <b>H. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK</b> |   |                       |   |                                  |                       |
| 1.   | Pemberi Pelayanan laboratorium patologi klinik                          |                       | Sesuai Kelas RS   | 100%                             | Sesuai Target         |
| 2.   | Fasilitas dan peralatan   |                       | Sesuai Kelas RS   | 73,3 %                           | Sesuai Target         |
| 3.   | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik               | 100 Menit             | ≤ 120 menit   | 95,78 menit                      | Sesuai Target         |
| 4.   | Tidak adanya kejadian tertukar specimen                                 |                       | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 5.   | Kemampuan memeriksa HIV-AIDS  |                       | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 6.   | Kemampuan Mikroskopis TB paru   |                       | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 7.   | Ekspertasi hasil pemeriksaan laboratorium                               | 100%                  | Dokter Sp.PK  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 8.   | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium         | 100%                  | 100%  | 100%                             | Sesuai Target         |
| 9.   | Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal                        |                       | 100%  | 91 %                             | Belum Memenuhi Target |
| 10.  | Kepuasan pelanggan  | 80%                   | ≥ 80%   | 78,60 %                          | Belum Memenuhi Target |

| No                                     | Indikator  | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes                  | Capaian SPM Tri Bln I Tahun 2019 | Keterangan               |
|--|--|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <b>I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK</b> |  |                       |                                      |                                  |                          |
| 1.                                     | Pemberi pelayanan rehabilitasi medik                                       |                       | Sesuai persyaratan kelas RS          | 100 %                            | Sesuai Target            |
| 2.                                     | Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis                                 |                       | Sesuai persyaratan kelas RS          | 100 %                            | Sesuai Target            |
| 3.                                     | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik                | 100%                  | 100%                                 | 100 %                            | Sesuai Target            |
| 4.                                     | Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | 25%                   | ≤ 50%                                | 10 %                             | Sesuai Target            |
| 5.                                     | Kepuasan pelanggan   | 80%                   | ≥ 80%                                | 75,40 %                          | Belum memenuhi standar   |
| <b>J. PELAYANAN FARMASI :</b>          |  |                       |                                      |                                  |                          |
| 1.                                     | Pemberi pelayanan farmasi  |                       | Sesuai kelas RS                      | 50 %                             | Belum memenuhi standar   |
| 2.                                     | Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi                                  |                       | Sesuai kelas RS                      | 72%                              | Belum memenuhi standar   |
| 3.                                     | Ketersediaan formularium   |                       | Tersedia dan update paling lama 3 TH | 100%                             | Sesuai Target            |
| 4.                                     | Waktu tunggu pelayanan obat jadi   | 16 menit              | ≤ 30 Menit                           | 29,87 menit                      | Sesuai standar permenkes |
| 5.                                     | Waktu tunggu pelayanan obat racikan  | 30 menit              | ≤ 60 Menit                           | 47,6 menit                       | Sesuai standar permenkes |
| 6.                                     | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                             | 100%                  | 100%                                 | 99,99 %                          | Belum memenuhi standar   |
| 7.                                     | Kepuasan pelanggan   | 80%                   | ≥ 80%                                | 78,50 %                          | Belum memenuhi standar   |
| <b>K. PELAYANAN GIZI</b>               |  |                       |                                      |                                  |                          |
| 1.                                     | Pemberi pelayanan gizi   |                       | Sesuai pola ketenagaan               | Tersedia                         | Sesuai Target            |
| 2.                                     | Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi                                     |                       | Tersedia                             | Tersedia                         | Sesuai Target            |
| 3.                                     | Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien                              | 100%                  | ≥ 90%                                | 100%                             | Sesuai Target            |
| 4.                                     | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                             | 100%                  | 100%                                 | 99,99%                           | Belum Memenuhi Target    |
| 5.                                     | Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien                                | 20%                   | ≤ 20%                                | 21,24%                           | Belum Memenuhi Target    |
| 6.                                     | Kepuasan pelanggan   |                       | ≥ 80%                                | 84,80 %                          | Sesuai Target            |
| <b>L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH</b>    |  |                       |                                      |                                  |                          |
| 1.                                     | Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit                           |                       | Sesuai standar BDRS                  | 0%                               | PMI                      |
| 2.                                     | Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit                |                       | Sesuai standar BDRS                  | 0%                               | PMI                      |
| 3.                                     | Kejadian reaksi transfusi  | 0,01%                 | ≤ 0,01%                              | 2,9 %                            | Belum Memenuhi Target    |
| 4.                                     | Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit         | 100%                  | 100%                                 | 0%                               | PMI                      |
| 5.                                     | Kepuasan pelanggan   |                       | ≥ 80%                                | 0%                               | PMI                      |
| <b>M. PELAYANAN GAKIN</b>              |  |                       |                                      |                                  |                          |
| 1.                                     | Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin                               |                       | Tersedia                             | Tersedia                         | Sesuai Target            |
| 2.                                     | Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin                        |                       | Ada                                  | Ada                              | Sesuai Target            |
| 3.                                     | Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin                 |                       | ≤ 15 menit                           | 10 menit                         | Sesuai Target            |
| 4.                                     | Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin           |                       | 100%                                 | 100%                             | Sesuai Target            |
| 5.                                     | Semua pasien keluarga miskin yang dilayani                                 | 100%                  | 100%                                 | 100%                             | Sesuai Target            |
| 6.                                     | Kepuasan pelanggan   |                       | ≥ 80%                                | 79,15                            | Belum Memenuhi Target    |

| No                                     | Indikator  | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes  | Capaian SPM Tri Bln I Tahun 2019 | Keterangan              |
|--|--|-----------------------|--|----------------------------------|-------------------------|
| <b>N. PELAYANAN REKAM MEDIK</b>        |  |                       |  |                                  |                         |
| 1.                                     | Pemberi pelayanan rekam medik  |                       | Sesuai Kelas RS  | 53,33 %                          | Belum Memenuhi Target   |
| 2.                                     | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                         | 7menit                | ≤ 10 Menit   | 8 menit                          | Sesuai Target Permenkes |
| 3.                                     | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                          | 7 menit               | < 15 Menit   | 10 Menit                         | Sesuai Target Permenkes |
| 4.                                     | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                 | 100%                  | 100%   | 85 %                             | Belum Memenuhi Target   |
| 5.                                     | Kelengkapan informed concent setelah mendapat informasi yg jelas                   | 100%                  | 100%   | 92 %                             | Belum Memenuhi Target   |
| 6.                                     | Kepuasan pelanggan   |                       | ≥ 80%  | 79,10 %                          | Belum Memenuhi Target   |
| <b>O. PENGELOLAAN LIMBAH</b>           |  |                       |  |                                  |                         |
| 1.                                     | Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit                               |                       | Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 th 2004) | 100%                             | Sesuai Target           |
| 2.                                     | Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit: padat, cair   |                       | Sesuai peraturan perundangan                                   | 95%                              | Belum Memenuhi Target   |
| 3.                                     | Pengelolaan limbah cair  |                       | Sesuai peraturan perundangan                                   | 71,42%                           | Belum Memenuhi Target   |
| 4.                                     | Pengelolaan limbah padat   | 100%                  | Sesuai peraturan perundangan                                   | 85%                              | Belum Memenuhi Target   |
| 5.                                     | Baku mutu limbah cair:   |                       |  |                                  |                         |
|  | a. BOD   | 25 mg/l               | < 30 mg/l  | 9,30 mg/l                        | Sesuai Target           |
|  | b. COD   | 75 mg/l               | < 80 mg/l  | 26,19 mg/l                       | Sesuai Target           |
|  | c. TSS   | 25 mg/l               | < 30 mg/l  | 5,04 mg/l                        | Sesuai Target           |
|  | d. PH  | 6-9                   | 6-9  | 6,95                             | Sesuai Target           |
| <b>P. ADMINISTRASI &amp; MANAJEMEN</b> |  |                       |  |                                  |                         |
| 1.                                     | Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi |                       | ≥ 90%  | 92,8%                            | Sesuai Target           |
| 2.                                     | Adanya peraturan internal rumah sakit  |                       | Ada  | 100%                             | Sesuai Target           |
| 3.                                     | Adanya peraturan karyawan rumah sakit  |                       | Ada  | 100%                             | Sesuai Target           |
| 4.                                     | Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan  |                       | Ada  | 100%                             | Sesuai Target           |
| 5.                                     | Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit                                     |                       | Ada  | 100%                             | Sesuai Target           |
| 6.                                     | Adanya perencanaan pengembangan SDM  |                       | Ada  | 100%                             | Sesuai Target           |
| 7.                                     | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                                 | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target           |
| 8.                                     | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat  | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target           |
| 9.                                     | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala  | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target           |
| 10.                                    | Pelaksanaan rencana pengembangan SDM   |                       | ≥ 90%  | 10,8%                            | Belum Memenuhi Target   |
| 11.                                    | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan  | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target           |
| 12.                                    | Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap                      | 1,5 jam               | ≤ 2 jam  | 1,75 jam                         | Sesuai Standar Prmnks   |
| 13.                                    | Cost recovery  | 100%                  | ≥ 60%  | 188,44 %                         | Sesuai Target           |
| 14.                                    | Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja  | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target           |
| 15.                                    | Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun                                | 60%                   | ≥ 60   | 5,7 %                            | Belum Memenuhi Target   |
| 16.                                    | Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu                        | 100%                  | 100%   | 100%                             | Sesuai Target           |

| No   | Indikator  | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes                       | Capaian SPM Tri Bln I Tahun 2019 | Keterangan                          |
|--|--|-----------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Q. PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH</b> |  |                       |   |                                  |                                     |
| 1.   | Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah  | 24 jam                | 24 jam                                    | 24 jam                           | Sesuai Target                       |
| 2.   | Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah  | 100%                  | Supir ambulans terlatih                   | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 3.   | Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah  | 100%                  | Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 4.   | Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ mobil jenazah di rumah sakit                        | 25 menit              | ≤ 30 menit                                | 25 menit                         | Sesuai Target                       |
| 5.   | Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan                          | 30 menit              | ≤ 30 menit                                | 25 menit                         | Sesuai Target                       |
| 6.   | Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian | 100%                  | 100%                                      | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 7.   | Kepuasan pelanggan   |                       | > 80%                                     | 75,00 %                          | Belum Memenuhi Target               |
| <b>R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH</b>     |  |                       |   |                                  |                                     |
| 1.   | Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah  |                       | 24 jam                                    | 100 %                            | Sesuai Target                       |
| 2.   | Ketersediaan fasilitas kamar jenazah   |                       | Sesuai kelas RS                           | 100 %                            | Sesuai Target                       |
| 3.   | Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah   |                       | Ada SK Direktur                           | 75 %                             | Belum Memenuhi Target               |
| 4.   | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah   | 1 jam                 | ≤ 15 menit setelah di kamar jenazah       | 100 %                            | Sesuai Target Standar RS Tahun 2017 |
| 5.   | Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution  |                       | 100%                                      | 100 %                            | Sesuai Target                       |
| 6.   | Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah  |                       | 100%                                      | 100 %                            | Sesuai Target                       |
| 7.   | Kepuasan pelanggan   |                       | > 80%                                     | 0                                | Belum survei                        |
| <b>S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RS</b>   |  |                       |   |                                  |                                     |
| 1.   | Adanya penanggung jawab IPSRS  |                       | SK Direktur                               | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 2.   | Ketersediaan bengkel kerja   |                       | Tersedia                                  | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 3.   | Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit  | 80%                   | ≥ 80%                                     | 86%                              | Sesuai Target                       |
| 4.   | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan                                 | 100%                  | 100%                                      | 93%                              | Belum Memenuhi Target               |
| 5.   | Ketepatan waktu kalibrasi alat   | 100%                  | 100%                                      | 0%                               | Belum Memenuhi Target               |
| 6.   | Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu                                 | 100%                  | 100%                                      | 0%                               | Belum Memenuhi Target               |
| <b>T. PELAYANAN LAUNDRY</b>                  |  |                       |   |                                  |                                     |
| 1.   | Ketersediaan pelayanan laundry   | 100%                  | Tersedia                                  | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 2.   | Adanya penanggung jawab pelayanan laundry  | 100%                  | Ada SK Direktur                           | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 3.   | Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry   | 100%                  | Tersedia                                  | 100%                             | Sesuai Target                       |
| 4.   | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan                  | 100%                  | 100%                                      | 98 %                             | Belum Memenuhi Target               |
| 5.   | Ketepatan pengelolaan linen infeksius  |                       | 100%                                      | 98 %                             | Belum Memenuhi Target               |
| 6.   | Ketersediaan linen   |                       | 2,5- 3set X jumlah tempat tidur           | 98%                              | Belum Memenuhi Target               |
| 7.   | Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi  |                       | 100%                                      | 100%                             | Sesuai Target                       |

| No  | Indikator  | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes | Capaian SPM Tri Bln I Tahun 2019 | Keterangan            |
|---|--|-----------------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <b>U. PENCEGAHAN &amp; PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)</b> |  |                       |                     |                                  |                       |
| 1.  | Anggota Tim PPI yg terlatih  | 75%                   | 75%                 | 66,6%                            | Belum Memenuhi Target |
| 2.  | Ketersediaan APD di setiap instalasi/ departemen   | 60%                   | ≥ 60%               | 87%                              | Sesuai Target         |
| 3.  | Rencana program PPI  |                       | Ada                 | 100%                             | Sesuai Target         |
| 4.  | Pelaksanaan program PPI sesuai rencana   |                       | 100%                | 100%                             | Sesuai Target         |
| 5.  | Penggunaan APD saat melaksanakan tugas   |                       | 100%                | 89%                              | Belum Memenuhi Target |
| 6.  | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / health care associated infeksi (HAI) di rumah sakit | 75%                   | ≥ 75%               | 100%                             | Sesuai Target         |
| <b>V. PELAYANAN KEAMANAN</b>                          |  |                       |                     |                                  |                       |
| 1.  | Petugas keamanan bersertifikat pengaman  |                       | 100%                | 100%                             | Sesuai Target         |
| 2.  | Sistem pengaman  |                       | Ada                 | 80%                              | Belum Memenuhi Target |
| 3.  | Petugas Keamanan melakukan keliling RS   |                       | Setiap jam          | 80%                              | Sesuai Target         |
| 4.  | Evaluasi terhadap system pengaman  |                       | Setiap 3 bulan      | 80%                              | Sesuai Target         |
| 5.  | Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang   |                       | 100%                | 83%                              | Belum Memenuhi Target |
| 6.  | Kepuasan pasien  |                       | ≥ 90%               | 70,53 %                          | Belum Memenuhi Target |



Muntilan, Mei 2019  
 Penanggung Jawab SPM RS  
 Ka Bid Pelayanan

**Dr. Ana Roechanah, Sp.PK**  
 NIP. 19680919 200604 2 002