

SPM

RSUD MUNTILAN

KAB. MAGELANG

Tribulan III

Tahun 2019

**PELAYANAN MINIMAL
TRI BULAN III 2019**

| No | Indikator | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes | Capaian SPM Tri Bln III Tahun 2019 | Keterangan |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|------------------------------------|-------------------------|
| A. INSTALASI GAWAT DARURAT | | | | | |
| 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% | 88 % | 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 | 1,5 menit | Sesuai Target |
| 6. | Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | 100% | Sesuai Target |
| 7. | Kematian pasien ≤ 24 jam | 2 ‰ | ≤ 2 ‰ | 4,3 ‰ | Belum Memenuhi Target |
| 8. | Kepuasan pelanggan | 80% | ≥ 70% | 79,89% | Sesuai Target Permenkes |
| B.RAWAT JALAN | | | | | |
| 1. | Ketersediaan pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah | 100% | a. Klinik anak b. Klinik P.dalam c. Klinik KIA 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 | 119,31 menit | 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% | 78,89 % | Belum Memenuhi Target |
| 9. | Pencatatan dan Pelaporan TB di RS | | ≥ 60% | 100 % | Sesuai Target |
| 10. | Kepuasan Pasien | 90% | > 90% | 78,04 % | Belum Memenuhi Target |
| C. PELAYANAN RAWAT INAP | | | | | |
| 1. | Ketersediaan pelayanan rawat inap 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah) | 100% | a. Anak b. Penyakit dalam c. KIA 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% | 92,1% | Belum Memenuhi Target |
| 4. | Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan | | 100% | 90 % | 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 III 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 | 98,2 % | Belum Memenuhi Target |
| 7. | Kejadian infeksi pasca operasi | 1,5% | ≤1,5% | 0,625 % | Sesuai Target |
| 8. | Kejadian infeksi nosokomial (INOS) | 1,5% | ≤1,5% | 0,26 % | Sesuai Target |
| 9. | Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 100% | 100% | 99,8 % | Belum Memenuhi Target |
| 10. | Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS | | 100% | 80,9% | Belum Memenuhi Target |
| 11. | Pencatatan dan Pelaporan TB di RS | 100% | ≥ 60% | 100% | Sesuai Target |
| 12. | Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh* | 3,7% | ≤ 5% | 1,12 % | Sesuai Target |
| 13. | Kematian pasien > 48 jam | 22‰ | ≤ 24‰ | 16,04 ‰ | Sesuai Target |
| 14. | Kepuasan pelanggan | 90% | > 90% | 80,38 % | Belum Memenuhi Target |
| D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL | | | | | |
| 1. | Ketersediaan tim bedah | | Sesuai dengan kelas RS | 100 % | Sesuai Target |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi | | Sesuai dengan kelas RS | 95,50% | Belum Memenuhi Target |
| 3. | Kemampuan melakukan tindakan operatif | | Sesuai dengan kelas RS | 98,84 % | Belum Memenuhi Target |
| 4. | Waktu tunggu operasi elektif | 1,6 hari | ≤ 2 hari | 0,868 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% | 0% | Sesuai Target |
| 10. | Kejadian kematian di meja operasi | 1% | ≤ 1% | 0% | Sesuai Target |
| 11. | Kepuasan pelanggan | | ≥ 80% | 78,19 % | Belum Memenuhi Target |
| E. PELAYANAN PERSALINAN, PERINATOLOGI & KB | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan) | 100% | a.Dokter Sp.OG. b.Dokter Umum Terlatih (Asuhan Persalinan Normal) 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. b.Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An. | 100% | Sesuai Target |
| 4. | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr | 100% | 100% | 97,14% | Belum Memenuhi Target |
| 5. | Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia | 100% | 100% | 93,81 % | Belum Memenuhi Target |
| 6. | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan | 20% | < 20% | 34,67 % | 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 III Tahun 2019 | Keterangan |
|--|--|-----------------------|---|------------------------------------|--------------------------|
| 8. | Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih | 100% | 100% | 100% | Sesuai Target |
| 9. | Kematian ibu karena persalinan: | | | | |
| | Perdarahan | 1% | ≤ 1% | 0,2% | Sesuai Target |
| | Pre-eklamsi | 10% | ≤ 30% | 0,3% | Sesuai Target |
| | Sepsis | 0,2% | ≤ 0,2% | 0 | Sesuai Target |
| 10. | Kepuasan pelanggan | 80% | ≥ 80 % | 82,25 % | Sesuai Target |
| F. PERAWATAN INTENSIF | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan unit intensif: | | | | |
| | e. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus) | 100% | Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus yang ditangani | 100% | Sesuai Target |
| | f. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4 | 100% | 100% perawat min D3 dg sertifikat perawat mahir ICU / setara D4 | 40,9 % | Belum Memenuhi Target |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan peralatan ruang ICU | | Sesuai Kelas RS dan standar ICU | 85,71% | 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% | 56% | Belum Memenuhi Target |
| 5. | Kejadian infeksi nosokomial | | < 21% | 6,83 % | Sesuai Target |
| 6. | Pasien yang kembali ke perawatan instensif dengan kasus yang sama <72jam | 0,8% | ≤ 3% | 0,85 % | Sesuai Standar Permenkes |
| 7. | Kepuasan Pelanggan | | ≥ 80% | 85,20 % | Sesuai Target |
| G. PELAYANAN RADIOLOGI | | | | | |
| 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 | 27,61 menit | Sesuai Target |
| 4. | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto) | 2% | Kerusakan foto ≤ 2% | 0,32 % | Sesuai Target |
| 5. | Tidak terjadinya kesalahan pemberi label | | 100% | 99,7% | Belum memenuhi target |
| 6. | Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad | 100% | Dokter Sp.Rad | 100% | Sesuai Target |
| 7. | Kepuasan pelanggan | 80% | ≥ 80% | 80,48% | Sesuai Target |
| H. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan laboratorium patologi klinik | | Sesuai Kelas RS | 100% | Sesuai Target |
| 2. | Fasilitas dan peralatan | | Sesuai Kelas RS | 73 % | Sesuai Target |
| 3. | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratoirum patologi klinik | 100 Menit | ≤ 120 menit | 92,22 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 peru | | 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% | 100 % | Sesuai Target |
| 10. | Kepuasan pelanggan | 80% | ≥ 80% | 78,10 % | Belum Memenuhi Target |

| No | Indikator | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes | Capaian SPM Tri Bln III Tahun 2019 | Keterangan |
|--|--|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK | | | | | |
| 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% | 77,25 % | Belum memenuhi standar |
| J. PELAYANAN FARMASI : | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan farmasi | | Sesuai kelas RS | 100 % | Sesuai Target |
| 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 | 63,27 menit | Belum memenuhi standar |
| 5. | Waktu tunggu pelayanan obat racikan | 30 menit | ≤ 60 Menit | 76,4 menit | Belum memenuhi standar |
| 6. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | 100 % | Sesuai Target |
| 7. | Kepuasan pelanggan | 80% | ≥ 80% | 77,16 % | Belum memenuhi standar |
| K. PELAYANAN GIZI | | | | | |
| 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% | 96,56 % | Sesuai Standar Permenkes |
| 4. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100% | 100% | 100% | Sesuai Target |
| 5. | Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien | 20% | ≤ 20% | 24,8 % | Belum memenuhi standar |
| 6. | Kepuasan pelanggan | | ≥ 80% | 86,40 % | Sesuai Target |
| L. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH | | | | | |
| 1. | Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit | | Sesuai standar BDRS | 0% | PMI |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darh rumah sakit | | Sesuai standar BDRS | 0% | PMI |
| 3. | Kejadian reaksi transfusi | 0,01% | ≤ 0,01% | 3,27 % | Belum Memenuhi Target |
| 4. | Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit | 100% | 100% | 0% | PMI |
| 5. | Kepuasan pelanggan | | ≥ 80% | 0% | PMI |
| M. PELAYANAN GAKIN | | | | | |
| 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% | 80,78 % | Sesuai Target |

| No | Indikator | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes | Capaian SPM Tri Bln III Tahun 2019 | Keterangan |
|--|--|-----------------------|--|------------------------------------|-------------------------|
| N. PELAYANAN REKAM MEDIK | | | | | |
| 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% | 87 % | Belum Memenuhi Target |
| 5. | Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yg jelas | 100% | 100% | 95 % | Belum Memenuhi Target |
| 6. | Kepuasan pelanggan | | ≥ 80% | 79,46 % | Belum Memenuhi Target |
| O. PENGELOLAAN LIMBAH | | | | | |
| 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 | 81 % | Belum Memenuhi Target |
| 3. | Pengelolaan limbah cair | | Sesuai peraturan perundangan | 62,5 % | Belum Memenuhi Target |
| 4. | Pengelolaan limbah padat | 100% | Sesuai peraturan perundangan | 80 % | Belum Memenuhi Target |
| 5. | Baku mutu limbah cair: | | | | |
| | a. BOD | 25 mg/l | < 30 mg/l | 11,94 mg/l | Sesuai Target |
| | b. COD | 75 mg/l | < 80 mg/l | 33,03 mg/l | Sesuai Target |
| | c. TSS | 25 mg/l | < 30 mg/l | 2,5 mg/l | Sesuai Target |
| | d. PH | 6-9 | 6-9 | 6,97 | Sesuai Target |
| P. ADMINISTRASI & MANAJEMEN | | | | | |
| 1. | Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi | | ≥ 90% | 92,9 % | 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% | 100 % | Sesuai 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 | 1,5 jam | Sesuai Target |
| 13. | Cost recovery | 100% | ≥ 60% | 100,77 % | Sesuai Target |
| 14. | Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja | 100% | 100% | 100% | Sesuai Target |
| 15. | Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun | 60% | ≥ 60 | 72,8 % | Sesuai 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 III Tahun 2019 | Keterangan |
|--|--|-----------------------|---|------------------------------------|-----------------------|
| Q. PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH | | | | | |
| 1. | Keetersediaan 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% | 80,70 % | Sesuai Target |
| R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH | | | | | |
| 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 | 50 % | Belum Memenuhi Target |
| 4. | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah | 1 jam | ≤ 15 menit setelah di kamar jenazah | 100 % | Sesuai Target |
| 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 |
| S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RS | | | | | |
| 1. | Adanya penanggung jawab IPSRS | | SK Direktur | 100% | Sesuai Target |
| 2. | Ketersediaan bengkel kerja | | Tersedia | 0% | Belum Memenuhi Target |
| 3. | Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit | 80% | ≥ 80% | 85% | Sesuai Target |
| 4. | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan | 100% | 100% | 43% | Belum Memenuhi Target |
| 5. | Ketepatan waktu kalibrasi alat | 100% | 100% | 100% | Sesuai Target |
| 6. | Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu | 100% | 100% | 100% | Sesuai Target |
| T. PELAYANAN LAUNDRY | | | | | |
| 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% | 99,33 % | Belum Memenuhi Target |
| 5. | Ketepatan pengelolaan linen infeksius | | 100% | 98,03 % | Belum Memenuhi Target |
| 6. | Ketersediaan linen | | 2,5- 3set X jumlah tempat tidur | 100 % | Sesuai Target |
| 7. | Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi | | 100% | 80 % | Belum Memenuhi Target |

| No | Indikator | Standar RS Tahun 2019 | Standar Per.Men.Kes | Capaian SPM Tri Bln III Tahun 2019 | Keterangan |
|---|--|-----------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------|
| U. PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) | | | | | |
| 1. | Anggota Tim PPI yg terlatih | 75% | 75% | 70 % | Belum Memenuhi Target |
| 2. | Ketersediaan APD di setiap instalasi/ departemen | 60% | ≥ 60% | 91 % | Sesuai Target |
| 3. | Rencana program PPI | | Ada | 100 % | Sesuai Target |
| 4. | Pelaksanaan program PPI sesuai rencana | | 100% | 90 % | Belum Memenuhi Target |
| 5. | Penggunaan APD saat melaksanakan tugas | | 100% | 88 % | Belum Memenuhi Target |
| 6. | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / health care associated infeksi (HAI) di rumah sakit | 75% | ≥ 75% | 100 % | Sesuai Target |
| V. PELAYANAN KEAMANAN | | | | | |
| 1. | Petugas keamanan bersertifikat pengaman | | 100% | 100% | Sesuai Target |
| 2. | Sistem pengaman | | Ada | 90 % | Belum Memenuhi Target |
| 3. | Petugas Keamanan melakukan keliling RS | | Setiap jam | 85 % | Sesuai Target |
| 4. | Evaluasi terhadap system pengaman | | Setiap 3 bulan | 80 % | Sesuai Target |
| 5. | Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang | | 100% | 87% | Belum Memenuhi Target |
| 6. | Kepuasan pasien | | ≥ 90% | 84,89 % | Belum Memenuhi Target |



Muntilan, Desember 2019
 Penanggung Jawab SPM RS
 Ka.Bid Pelayanan

dr. Ana Roechanah, Sp.PK
 NIP. 19680919 200604 2 002