

SPM

RSUD MUNTILAN

KAB. MAGELANG

Tribulan IV

Tahun 2018

**PELAYANAN MINIMAL
TRI BULAN IV 2018**

No	Indikator	Standar RS Tahun 2018	Standar Per.Men.Kes	Capaian SPM Tri Bln IV Tahun 2018	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%	100 %	Sesuai 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, 12 menit	Sesuai Target
6.	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	Sesuai Target
7.	Kematian pasien ≤ 24 jam	2 ‰	≤ 2 ‰	2,9 ‰	Belum Memenuhi Target
8.	Kepuasan pelanggan	80%	≥ 70%	81,25 %	Sesuai Target
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	121,29 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%	99,95%	Belum Memenuhi Target
9.	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS		≥ 60%	100 %	Sesuai Target
10.	Kepuasan Pasien	90%	> 90%	79,02 %	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%	90%	Belum Memenuhi Target
4.	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan		100%	77,5 %	Belum Memenuhi Target
5.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	Sesuai Target

No	Indikator	Standar RS Tahun 2018	Standar Per.Men.Kes	Capaian SPM Tri Bln IVTahun 2018	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 %	Belum Memenuhi Target
7.	Kejadian infeksi pasca operasi	1,5%	≤1,5%	0 %	Sesuai Target
8.	Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	1,5%	≤1,5%	0,4 %	Sesuai Target
9.	Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	99,99%	Belum Memenuhi Target
10.	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS		100%	100%	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‰	15,60 ‰	Sesuai Target
14.	Kepuasan pelanggan	90%	> 90%	80,81 %	Belum Memenuhi Target
D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL					
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	98,6 %	Belum Memenuhi Target
4.	Waktu tunggu operasi elektif	1,6 hari	≤ 2 hari	0,93 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%	0%	Sesuai Target
11.	Kepuasan pelanggan		≥ 80%	78,86 %	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%	93,93 %	Belum Memenuhi Target
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	100%	93,85 %	Belum Memenuhi Target
6.	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria non rujukan	20%	< 20%	21,24 %	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 2018	Standar Per.Men.Kes	Capaian SPM Tri Bln IVTahun 2018	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	Sesuai Target
	Sepsis	0,2%	≤ 0,2%	0	Sesuai Target
10.	Kepuasan pelanggan	80%	≥ 80 %	85,12 %	Sesuai Target
F. PERAWATAN INTENSIF					
1.	Pemberi pelayanan unit intensif:				
	g. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus)	100%	Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus yang ditangani	100%	Sesuai Target
	h. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	100%	100% perawat min D3 dg sertifikat perawat mahir ICU / setara D4	38,09 %	Belum Memenuhi Target
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan peralatan ruang ICU		Sesuai Kelas RS dan standar ICU	83%	Belum Memenuhi Target
3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator		Sesuai Kelas RS dan standar ICU	58,3 %	Belum Memenuhi Target
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	100%	60 %	Belum Memenuhi Target
5.	Kejadian infeksi nosokomial		< 21%	7,6 %	Sesuai Target
6.	Pasien yang kembali ke perawatan instensif dengan kasus yang sama <72jam	0,8%	≤ 3%	0 %	Sesuai Target
7.	Kepuasan Pelanggan		≥ 80%	86,73 %	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	38 menit	Sesuai Target
4.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2%	Kerusakan foto ≤ 2%	0,67 %	Sesuai Target
5.	Tidak terjadinya kesalahan pemberi label		100%	99,99 %	Belum Memenuhi Target
6.	Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%	Dokter Sp.Rad	100%	Sesuai Target
7.	Kepuasan pelanggan	80%	≥ 80%	80,58 %	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 %	Belum Memenuhi Target
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratoirum patologi klinik	100 Menit	≤ 120 menit	87,47 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.	Eksptasi 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%	82,24 %	Sesuai Target

No	Indikator	Standar RS Tahun 2018	Standar Per.Men.Kes	Capaian SPM Tri Bln IVTahun 2018	Keterangan
I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK					
1	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik		Sesuai persyaratan kelas RS	100 %	Sesuai Target
2.	Fasilitas dan peralatan rahabilitasi 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%	71,42 %	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	45,55 menit	Belum memenuhi standar
5.	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	30 menit	≤ 60 Menit	30,50 menit	Sesuai standar permenkes
6.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	99,95 %	Belum memenuhi standar
7.	Kepuasan pelanggan	80%	≥ 80%	78,43 %	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%	100 %	Sesuai Target
4.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	99,8%	Belum Memenuhi Target
5.	Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	20%	≤ 20%	22,1 %	Belum Memenuhi Target
6.	Kepuasan pelanggan		≥ 80%	83,70 %	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%	5,34 %	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%	83,75 %	Sesuai Target

No	Indikator	Standar RS Tahun 2018	Standar Per.Men.Kes	Capaian SPM Tri Bln IVTahun 2018	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%	80 %	Belum Memenuhi Target
5.	Kelengkapan informed concent setelah mendapat informasi yg jelas	100%	100%	90 %	Belum Memenuhi Target
6.	Kepuasan pelanggan		≥ 80%	78,12 %	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	80 %	Belum Memenuhi Target
3.	Pengelolaan limbah cair		Sesuai peraturan perundangan	71,43 %	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	13,35 mg/l	Sesuai Target
	b. COD	75 mg/l	< 80 mg/l	28,68 mg/l	Sesuai Target
	c. TSS	25 mg/l	< 30 mg/l	19,25 mg/l	Sesuai Target
	d. PH	6-9	6-9	6,81	Sesuai Target
P. ADMINISTRASI & MANAJEMEN					
1.	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi		≥ 90%	≥ 90%	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%	80 %	Belum Memenuhi 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	1,75 jam	Sesuai Standar Permenkes
13.	Cost recovery	100%	≥ 60%	89%	Sesuai Standar Permenkes
14.	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	Sesuai Target
15.	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	60%	≥ 60	16,09 %	Belum Memenuhi Target
16.	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	95,8 %	Belum Memenuhi Target

No	Indikator	Standar RS Tahun 2018	Standar Per.Men.Kes	Capaian SPM Tri Bln IV Tahun 2018	Keterangan
Q. PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH					
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	24 menit	Sesuai Target
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	30 menit	≤ 30 menit	30 menit	Sesuai Target
6.	Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	Sesuai Target
7.	Kepuasan pelanggan		≥ 80%	77,50 %	Belum Memenuhi 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	100 %	Sesuai 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	100%	Sesuai Target
3.	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	80%	≥ 80%	90 %	Sesuai Target
4.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	100%	92 %	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%	98 %	Belum Memenuhi Target
5.	Ketepatan pengelolaan linen infeksius		100%	98,5 %	Belum Memenuhi Target
6.	Ketersediaan linen		2,5- 3set X jumlah tempat tidur	95 %	Sesuai Target
7.	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi		100%	100 %	Sesuai Target

No	Indikator	Standar RS Tahun 2018	Standar Per.Men.Kes	Capaian SPM Tri Bln IVTahun 2018	Keterangan
U. PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)					
1.	Anggota Tim PPI yg terlatih	75%	75%	67%	Belum Memenuhi Target
2.	Ketersediaan APD di setiap instalasi/ departemen	60%	≥ 60%	96 %	Sesuai Target
3.	Rencana program PPI		Ada	100%	Sesuai Target
4.	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana		100%	94 %	Belum Memenuhi Target
5.	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas		100%	94%	Belum Memenuhi Target
6.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / health care associated infeksi (HAI) di rumah sakit	75%	≥ 75%	80 %	Sesuai Target
V. PELAYANAN KEAMANAN					
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	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%	80%	Belum Memenuhi Target
6.	Kepuasan pasien		≥ 90%	67,73 %	Belum Memenuhi Target



Mengetahui,
 Direktur RSUD Muntilan
 Kabupaten Magelang
Dr. M. Syukri, M.P.H
 Pembina TK.I
 NIP. 19660115.199603 1 003

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

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