



LAPORAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) TAHUN 2019

RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA



Alamat :
Jl. Ahmad Yani No.1 Selagalas Mataram
Kode Pos 83237
Telp. (0370) 672140, Fax. 671515
Email : rsjmutiarasukma@gmail.com
Website: rsjmutiarasukma.ntbprov.go.id

**LAPORAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
(SPM)
TAHUN 2019**

**RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami haturkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan segala kenikmatan dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan Laporan Standar Pelayanan Minimal Tahun 2019 pada Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat. Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai unit yang memberikan pelayanan kesehatan khususnya bidang kesehatan jiwa kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan jiwa masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu serta profesional sehingga dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka diperlukan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Laporan Standar Pelayanan Minimal ini merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Banyak pihak yang telah membantu terlaksananya penyusunan Laporan Standar Pelayanan Minimal ini mulai dari pengumpulan data sampai dengan penyusunan laporan, untuk itu penyusun mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat,
2. Masyarakat pengguna layanan pada Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat, dan
3. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat kami harapkan demi perbaikan dan peningkatan kualitas laporan. Akhir kata Semoga laporan ini dapat dipergunakan dalam perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar minimal.

Mataram, 1 Januari 2020

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT



Dr. EVI KUSTINI SOMAWIJAYA, MM
Pembina Tingkat I, IV/b
NIP. 196408051996032001

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	1
KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI	3
DAFTAR GAMBAR	4
DAFTAR TABEL	5
DAFTAR LAMPIRAN	6
BAB I. PENDAHULUAN	7
A. LATAR BELAKANG	7
B. MAKSUD DAN TUJUAN.....	8
BAB II. STANDAR PELAYANAN MINIMAL TAHUN 2019	9
A. PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL TAHUN 2019	9
B. INDIKATOR YANG BELUM MEMENUHI STANDAR DAN STRATEGI PENYELESAIANNYA	16
BAB III. PENUTUP	19
A. KESIMPULAN	19
B. SARAN	19
DAFTAR PUSTAKA	20
LAMPIRAN	21

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Grafik batang spm berdasarkan capaian indikator	14
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2019	10
Tabel 2. Jumlah Indikator SPM yang Belum Memenuhi Standar	15
Tabel 3. Indikator yang Belum Memenuhi SPM dan Strategi Penyelesaiannya.....	16

DAFTAR LAMPIRAN

LAPORAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT TAHUN 2019

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan Jiwa adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan Jiwa secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat jiwa bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan jiwa masyarakat yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit Jiwa sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan jiwa perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa.

Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat selalu berkomitmen dan mengupayakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pelayanan kesehatan yang telah dilakukan setiap tahunnya dievaluasi dan dilaporkan secara periodik dengan mengedepankan pencapaian kinerja dan pelayanan di semua instalasi rumah sakit yang diukur melalui capaian standar pelayanan minimal.

Laporan capaian Standar Pelayanan Minimal merupakan bentuk pertanggungjawaban terhadap aktivitas rumah sakit yang pada akhirnya akan menjadi tolak ukur keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Hal ini selaras dengan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes / SK / II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan

Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat, dimana mewajibkan Rumah Sakit untuk melaporkan segala bentuk aktivitas pelayanan di Rumah Sakit melalui pengukuran 23 jenis pelayanan baik pelayanan, sarana dan prasarana, administrasi, maupun SDM itu sendiri.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Maksud dari pengukuran capaian Standar Pelayanan Minimal ini adalah mengukur pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2019 yang telah di berikan kepada masyarakat yang dibandingkan dengan standar pelayanan sesuai peraturan yang berlaku, sehingga ke depan bisa diambil langkah langkah strategis untuk memenuhi standar pelayanan yang menjadi kebutuhan masyarakat.

2. Tujuan Umum

Sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban kinerja manajemen dan pelayanan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2019 dengan mengukur tingkat capaian Standar Pelayanan Minimal yang telah diberikan dengan standar pelayanan yang ada.

3. Tujuan Khusus

- a. Sebagai bahan kajian terhadap perencanaan rumah sakit,
- b. Sebagai bahan analisis terhadap hasil aktivitas rumah sakit,
- c. Sebagai bahan analisis terhadap mutu pelayanan,
- d. Sebagai bahan informasi internal dan eksternal rumah sakit, dan
- e. Sebagai landasan untuk menentukan perencanaan dan arah kebijakan dan pengambilan keputusan di tahun berikutnya (decision support).

BAB II.

STANDAR PELAYANAN MINIMAL TAHUN 2019

A. PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL TAHUN 2019

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam pedoman Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat, meliputi jenis - jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

Jenis - jenis pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat yang minimal wajib disediakan meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Rehabilitasi Psikososial
5. Pelayanan Klinik Psikologi
6. Pelayanan Laboratorium
7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Gizi
9. Pelayanan Gakin
10. Pelayanan Rekam Medik
11. Pelayanan Pengelolaan Limbah
12. Pelayanan Administrasi Manajemen
13. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah
14. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
15. Pelayanan Laundry
16. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
17. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
18. Pelayanan Terapi Rehabilitasi dan Narkoba
19. Pelayanan Keamanan
20. Pelayanan Keswamas
21. Pelayanan IRIP
22. Pelayanan Radiologi
23. Pelayanan Gigi dan Mulut

Capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2019 untuk masing-masing indikator dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1. Capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2019

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TAHUN 2019	KET CAPAIAN
1	Pelayanan Gawat Darurat			
1	Kemampuan menangani pasien dengan kegawatdaruratan psikiatri	100%	100%	TERCAPAI
2	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	100%	100%	TERCAPAI
3	Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat	100%	84,2%	BELUM TERCAPAI
4	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)	100%	100%	TERCAPAI
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat \leq 5 menit	100%	98,5%	BELUM TERCAPAI
6	Kepuasan pelanggan Rawat Darurat	\geq 85 %	100%	TERCAPAI
7	Tidak adanya kematian pasien \leq 24 jam	100%	100%	TERCAPAI
2	Pelayanan Rawat jalan			
8	Pemberi pelayanan di klinik oleh dokter spesialis	100%	100%	TERCAPAI
9	Ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan jam buka pelayanan	100%	100%	TERCAPAI
10	Ketersediaan pelayanan rawat jalan jiwa anak, dewasa, lanjut usia, napza, mental organik, gigi dan mulut.	100%	100%	TERCAPAI
11	Waktu tunggu rawat jalan \leq 60 menit	100%	45,71%	BELUM TERCAPAI
12	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	\geq 85 %	83,33%	BELUM TERCAPAI
3	Pelayanan Rawat Inap			
13	Pemberi pelayanan di rawat inap sesuai kompetensi	100%	100%	TERCAPAI
14	Dokter spesialis kedokteran jiwa penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	TERCAPAI
15	Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Jiwa (anak, dewasa, lanjut usia, napza, mental organik, gigi dan mulut)	100%	100%	TERCAPAI
16	Jam visite dokter spesialis sesuai ketentuan: 08.00-14.00 setiap hari kerja	90%	73%	BELUM TERCAPAI
17	Tidak ada pasien yang difiksasi fisik > 24 jam	100%	98%	BELUM TERCAPAI
18	Persentase kejadian pasien jatuh	\leq 3 %	1%	TERCAPAI
19	Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100%	TERCAPAI
20	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat psikiatri > 42 hari	90%	98%	TERCAPAI

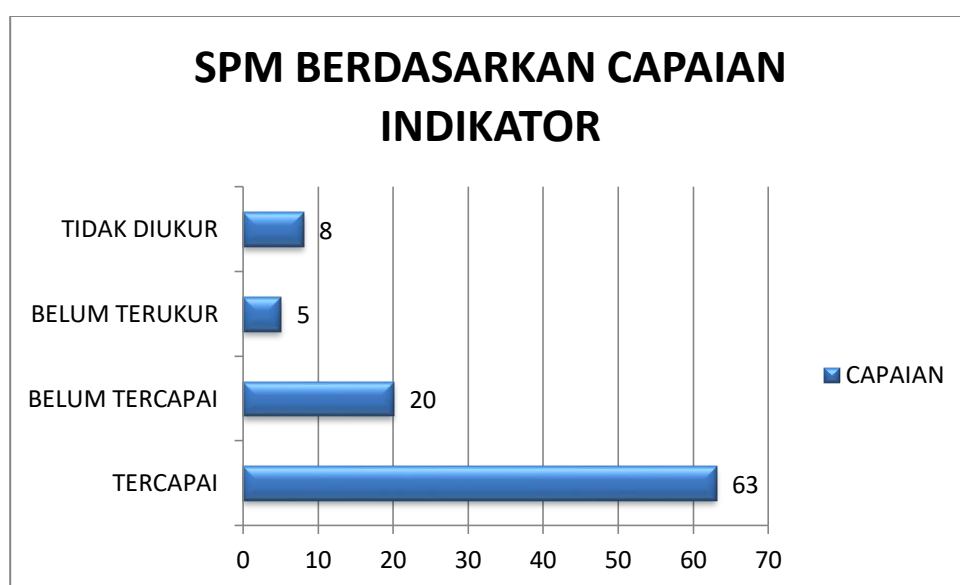
NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TAHUN 2019	KET CAPAIAN
21	Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan	90%	92%	TERCAPAI
22	Tidak adanya pasien melarikan diri di ruang rawat inap	100%	96,3%	BELUM TERCAPAI
23	Tidak adanya kematian pasien ≥ 48 jam	100%	100%	TERCAPAI
24	Pulang atas permintaan sendiri	maks 5 %	2%	TERCAPAI
25	Kepuasan pelanggan rawat inap	$\geq 90\%$	96%	TERCAPAI
4	Pelayanan Rehabilitasi Psikososial			
26	Pemberi pelayanan di unit rehabilitasi oleh tim multidisiplin	100%	100%	TERCAPAI
27	Ketersediaan pelayanan di unit rehabilitasi	100%	100%	TERCAPAI
28	Jam buka pelayanan rehabilitasi sesuai ketentuan	100%	100%	TERCAPAI
29	Kepuasan pelanggan pada unit rehabilitasi	$\geq 90\%$	92,3%	TERCAPAI
5	Pelayanan Psikometri			
30	Pemberi pelayanan Psikometri	100%	100%	TERCAPAI
31	Ketersediaan pelayanan Psikometri	100%	100%	TERCAPAI
32	Jam buka pelayanan Psikometri sesuai ketentuan	100%	100%	TERCAPAI
33	Kepuasan pelanggan pada pelayanan Psikometri	$\geq 85\%$	83,33%	BELUM TERCAPAI
6	Pelayanan Laboratorium			
34	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 2 Jam	62 Menit	TERCAPAI
35	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil laboratorium	100%	100%	TERCAPAI
36	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (APL)	APL < 5	0	TERCAPAI
37	Kecepatan pendistribusian sampel (KPS)	100%	100%	TERCAPAI
38	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium	100%	100%	TERCAPAI
39	Kepuasan pelanggan pelayanan laboratorium	$\geq 85\%$	72%	BELUM TERCAPAI
7	Farmasi			
40	Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	100%	100%	TERCAPAI
41	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	100%	100%	TERCAPAI
42	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	58%	BELUM TERCAPAI
43	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	$\geq 80\%$	90%	TERCAPAI
8	Gizi			
44	Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	100%	100%	TERCAPAI
45	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20\%$	2,7%	TERCAPAI
46	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	TERCAPAI

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TAHUN 2019	KET CAPAIAN
9	Pelayanan Gakin			
47	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RSJ pada setiap unit pelayanan	100%	100%	TERCAPAI
10	Rekam Medik			
48	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	> 80 %	1,42%	BELUM TERCAPAI
49	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	100%	TERCAPAI
50	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	100%	100%	TERCAPAI
51	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	100%	100%	TERCAPAI
11	Pengelolaan Limbah			
52	Baku mutu limbah cair sesuai dengan aturan	100%	100%	TERCAPAI
53	Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%	TERCAPAI
12	Administrasi Manajemen			
54	Tindak lanjut penyelenggaraan hasil pertemuan tingkat direksi	100%	-	BELUM TERUKUR
55	Kelengkapan laporan akuntabilitas kerja	100%	100%	TERCAPAI
56	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	TERCAPAI
57	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	100%	TERCAPAI
58	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	100%	19,1%	BELUM TERCAPAI
59	Cost Recovery	40%	78,74%	TERCAPAI
60	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	TERCAPAI
61	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap < 2 jam)	100%	-	BELUM TERUKUR
62	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatan waktu.	100%	0%	BELUM TERCAPAI
63	Kecepatan respon terhadap komplain	> 75 %	100%	TERCAPAI
64	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (PB)	> 65 %	110,69%	TERCAPAI
13	Ambulance/ Kereta Jenazah			
65	Ketersediaan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSJ 24 jam	100%	100%	TERCAPAI
66	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di RSJ < 30 menit)	100%	-	BELUM TERUKUR
14	Pemulasaran Jenazah			
67	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah < 2 jam	100%	-	BELUM TERUKUR

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TAHUN 2019	KET CAPAIAN
15	Laundry			
	68 Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	99%	BELUM TERCAPAI
	69 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	TERCAPAI
16	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit			
	70 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat < 15 menit	100%	86,7%	BELUM TERCAPAI
	71 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	TERCAPAI
	72 Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	100%	83%	BELUM TERCAPAI
17	Pencegahan Pengendalian Infeksi			
	73 Komite PPI yang terlatih	75%	100%	TERCAPAI
	74 Ketersediaan alat pelindung diri (APD)	100%	80%	BELUM TERCAPAI
	75 Kegiatan pencatatan dan pelayanan dan pelaporan infeksi nosokomial	75%	100%	TERCAPAI
18	Pelayanan terapi rehabilitasi narkoba dan HIV/AIDS			
	76 Kelengkapan tim pemberi pelayanan di unit rehabilitasi narkoba dan HIV/AIDS	100%	75%	BELUM TERCAPAI
	77 Adanya pelayanan (detoksifikasi, konseling narkoba, <i>family support group</i> , <i>home visit</i> , Rehabilitasi, Outing, Tes narkoba dan HIV/AIDS, <i>mobile VCT HIV/AIDS</i>) di unit rehabilitasi narkoba dan HIV/AIDS	100%	87,5%	BELUM TERCAPAI
	78 Keteraturan pengambilan obat ARV	90%	90%	TERCAPAI
	79 Ketepatan waktu pelaksanaan program dengan perencanaan program di unit OSC	100%	100%	TERCAPAI
	80 Tidak ada kejadian re-admission kurang dari 1 bulan karena relaps	90%	100%	TERCAPAI
	81 Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri dari Rumah Sakit	100%	95,5%	BELUM TERCAPAI
19	Keamanan			
	82 Tidak ada kejadian kehilangan barang milik Rumah Sakit	100%	100%	TERCAPAI
	83 Tidak ada kejadian kehilangan barang milik pasien dan keluarganya	100%	100%	TERCAPAI
	84 Tugas satuan pengamanan selama 24 jam penuh	100%	100%	TERCAPAI
20	Pelayanan Keswamas			
	85 Ketersediaan tim Keswamas (lengkap)	100%	100%	TERCAPAI
	86 Ketepatan waktu pelaksanaan pelayanan sesuai jadwal	100%	100%	TERCAPAI
21	Pelayanan IRIP			
	87 Tidak adanya pasien yang dirawat di IRIP > 10 hari	100%	-	TIDAK DIUKUR

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TAHUN 2019	KET CAPAIAN
88	Tidak ada pasien yang di fiksasi > 24 jam	100%	-	TIDAK DIUKUR
89	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi	≤1,5%	-	TIDAK DIUKUR
90	Tidak ada luka lecet akibat fiksasi	100%	-	TIDAK DIUKUR
91	Tidak ada kejadian pasien yang dirawat di IRIP melarikan diri dari Rumah Sakit	100%	-	TIDAK DIUKUR
92	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	-	TIDAK DIUKUR
22	Pelayanan Radiologi			
93	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi	100%	-	TIDAK DIUKUR
94	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	100%	-	TIDAK DIUKUR
23	Pelayanan Gigi dan Mulut			
95	Respon time pelayanan klinik Gigi dan Mulut	100%	100%	TERCAPAI
96	Angka infeksi paska bedah	2%	-	BELUM TERUKUR

Dari 96 indikator Standar Pelayanan Minimal di atas, capaian SPM yang memenuhi standar (Tercapai) adalah 63 indikator atau 66%, yang belum memenuhi standar (Belum Tercapai) adalah 20 indikator atau 21 %, yang belum terukur adalah 5 indikator atau 5 % dan yang tidak terukur adalah 8 indikator atau 8 % . Capaian indikator dapat di lihat pada grafik di bawah ini :



Gambar 1. Grafik Batang SPM Berdasarkan Capaian indikator

Indikator yang belum memenuhi standar (Belum Tercapai) mencapai jumlah 20 indikator atau 21 %. Secara umum disebabkan karena beberapa hal seperti kepatuhan pengumpul data dan tim SPM untuk secara benar dan tepat waktu mengumpulkan data yang dibutuhkan dan melakukan analisa, adanya mutasi pengumpul data di unit layanan, keterbatasan ketersediaan sarana prasarana yang dibutuhkan. Hal ini dapat mempengaruhi pencapaian indikator SPM dimaksud.

Secara rinci jumlah indikator yang belum memenuhi standar (Belum tercapai) pada masing- masing Pelayanan dapat di lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2. Jumlah Indikator SPM yang Belum Memenuhi Standar

No	Jenis Pelayanan	Jumlah Belum Tercapai (Indikator)
1	Pelayanan Gawat Darurat	2
2	Pelayanan Rawat Jalan	2
3	Pelayanan Rawat Inap	3
4	Pelayanan Klinik Psikometri	1
5	Pelayanan Laboratorium	1
6	Pelayanan Farmasi	1
7	Pelayanan Rekam Medik	1
8	Pelayanan Administrasi Manajemen	2
9	Pelayanan Laundry	1
10	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	2
11	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1
12	Pelayanan Terapi Rehabilitasi dan Narkoba	3
TOTAL		20

Indikator yang belum terukur adalah 5 indikator atau 5 % dan yang tidak terukur adalah 8 indikator atau 8 %. Secara umum disebabkan karena, bagi indikator yang tidak diukur terdapat pada indikator pada layanan IRIP, hal ini terjadi karena pada tahun 2019 layanan IRIP tidak lagi berdiri sendiri namun telah bergabung dengan layanan Rawat Inap. Demikian juga dengan indikator pada Radiologi, tidak diukur karena memang tidak ada layanan akibat rusaknya gedung paska gempa. Sedang bagi indikator yang belum terukur dikarenakan dalam proses pengukuran secara teknis di layanan masih terjadi kesulitan penerapan perhitungan.

B. INDIKATOR YANG BELUM MEMENUHI STANDAR PELAYANAN MINIMAL DAN STRATEGI PENYELESAIANNYA

Indikator - indikator yang belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal terkait dengan kuantitas maupun kualifikasi sumber daya manusia serta sarana prasarana yang pada akhirnya juga mempengaruhi pelayanan yang diberikan. Berikut ini secara rinci adalah beberapa indikator yang belum mencapai standar, faktor penyebab serta strategi penyelesaiannya :

Tabel 3. Indikator yang Belum Memenuhi SPM dan Strategi Penyelesaiannya

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian	Standar	Penyebab	Strategi penyelesaian
PELAYANAN GAWAT DARURAT	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat	84,2%	100%	Kesempatan mengikuti pelatihan masih terbatas	- Penyesuaian di perencanaan anggaran pelatihan - Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat < 5 menit	98,5%	100%	Pencapaian sudah bagus, bisa terjadi karena hal-hal di luar kendali. Karena sesungguhnya dokter sudah jaga 24 jam di IGD	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
PELAYANAN RAWAT JALAN	Waktu tunggu rawat jalan ≤60 menit	45,71%	100%	- Dikarenakan layanan kesehatan jiwa membutuhkan konseling yang cukup lama terutama pada kasus baru - DPJP melakukan beberapa layanan lain selain rawat jalan	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	83,33%	≥85 %	- Bisa karena disebabkan waktu tunggu yang lama - Pada rawat jalan, unit layanan yang ada terdiri dari banyak instalasi sehingga kesulitan berkoordinasi	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator Mendapatkan komitmen semua pihak lintas unit layanan untuk meningkatkan capaian indikator ini
PELAYANAN RAWAT INAP	Jam visite dokter spesialis sesuai ketentuan: 08.00-14.00 setiap hari kerja	73%	90%	DPJP melakukan beberapa layanan lain selain rawat inap	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
	Tidak ada pasien yang difiksasi fisik > 24 jam	98%	100%	Karena terdapat kondisi fisik pasien yang tidak memungkinkan	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian	Standar	Penyebab	Strategi penyelesaian
	Tidak adanya pasien melarikan diri di ruang rawat inap	96,3%	100%	Kondisi fisik ruangan yang masih memungkinkan terjadinya pasien melarikan diri	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeliharaan fisik ruangan/ renovasi agar semakin kecil terjadinya kejadian melarikan diri - Menganggarkan perencanaan lebih besar untuk pemeliharaan fisik ruangan
PELAYANAN PSIKOMETRI	Kepuasan pelanggan pada pelayanan Psikometri	83,33%	≥85 %	Pencapaian sudah bagus, bisa terjadi karena hal-hal di luar kendali. Psikolog memberikan layanan tidak hanya di Ruang Psikometri Rawat jalan	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
PELAYANAN LABORATORIUM	Kepuasan pelanggan pelayanan laboratorium	72%	≥85%	Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan item layanan laboratorium banyak dan bervariasi	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
FARMASI	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	58%	100%	Masih ada tulisan yang tingkat keterbacaannya rendah	Sosialisasi dan pelatihan penulisan resep
REKAM MEDIK	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1,42%	> 80 %	Terjadi ketidaklengkapan dan keterlambatan pengembalian rekam medik dari ruangan unit pelayanan	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
ADMINISTRASI MANAJEMEN	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	19,1%	100%	Tahun 2019 aula/ gedung RS masih rusak paska gempa	Menunggu penyelesaian perbaikan
	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatan waktu.	0%	100%	Keterlambatan mekanisme persiapan pembagian insentifnya	Pembuatan jadwal pada mekanisme persiapan pembagian insentifnya
LAUNDRY	Tidak ada kejadian linen yang hilang	99%	100%	Pada proses kontrol linen saat pemulangan pasien atau selama perawatan masih perlu ditingkatkan	Mensosialisasikan kembali dan berulang tentang indikator
PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat < 15 menit	86,7%	100%	Keterbatasan tenaga teknis	Penambahan tenaga teknis

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian	Standar	Penyebab	Strategi penyelesaian
	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	83%	100%	Proses kalibrasi alat tidak hanya di Mataram namun juga ke luar NTB, sehingga mempersulit	Melakukan penjadwalan yang ketat tentang proses kalibrasi
PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI	Ketersediaan alat pelindung diri (APD)	80%	100%	Belum terpenuhinya jumlah dan aitem APD sesuai kebutuhan	Perencanaan pengadaan APD ditingkatkan anggarannya
PELAYANAN TERAPI REHABILITASI NARKOBA DAN HIV/AIDS	Adanya Kelengkapan tim pemberi pelayanan di unit rehabilitasi narkoba dan HIV/AIDS	75%	100%	Belum dilibatkannya tenaga Terapi Okupasi dan Peksos di Instalasi Rehabilitasi NAPZA	Menugaskan tenaga tersebut
	Adanya pelayanan (detoksifikasi, konseling narkoba, family support group, home visit, Rehabilitasi, Outing, Tes narkoba dan HIV/AIDS, mobile VCT HIV/AIDS) di unit rehabilitasi narkoba dan HIV/AIDS	87,5%	100%	Belum dilaksanakannya kegiatan home visit untuk Instalasi Rehabilitasi NAPZA	Mensosialiasikan kembali dan berulang tentang indikator
	Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri dari Rumah Sakit	95,5%	100%	Pencapaian sudah bagus, bisa terjadi karena hal-hal di luar kendali.	Mensosialiasikan kembali dan berulang tentang indikator

BAB III. PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Dari 96 indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Munitara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat, capaian SPM yang memenuhi standar (Tercapai) adalah 63 indikator atau 66%,
2. Indikator yang belum memenuhi standar (Belum Tercapai) adalah 20 indikator atau 21 %, yang belum terukur adalah 5 indikator atau 5 % dan yang tidak terukur adalah 8 indikator atau 8 %.

B. SARAN

1. Tetap mensosialisasikan tentang indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Munitara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat ini kepada seluruh civitas hospitalia dan masyarakat pengguna layanan,
2. Kedepannya tentunya upaya perbaikan-perbaikan dan peningkatan akan terus dilakukan dan berkelanjutan.

Demikian laporan ini dibuat untuk dapat dijadikan bahan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat yang telah diberikan kepada masyarakat dan nantinya dapat diambil langkah langkah perbaikan sehingga pelayanan terus dapat ditingkatkan, dan akhir kata kami ucapkan terimakasih.

DAFTAR PUSTAKA

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes / SK / II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat.

LAMPIRAN