



LAPORAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) PERIODE SEMESTER II TAHUN 2022

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) PERIODE SEMESTER II
TAHUN 2022**

**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 Periode Semester II Tahun 2022 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, 30 Desember 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT



dr. Hj. Wiwin Nurhasida
Pembina
NIP. 197002132001122002

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. SPM PERIODE SEMESTER II TAHUN 2022 | 9 |
| A. PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PERIODE SEMESTER II TAHUN 2022 | 9 |
| B. INDIKATOR YANG BELUM TERCAPAI STANDAR DAN STRATEGI PENYELESAIANNYA | 16 |
| BAB III. PENUTUP | 21 |
| A. KESIMPULAN | 21 |
| B. SARAN | 21 |
| DAFTAR PUSTAKA | 22 |
| LAMPIRAN | 23 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 1. Grafik Batang SPM Berdasarkan Capaian Indikator | 15 |
|-----------------------------------------------------------------|----|

DAFTAR TABEL

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 1. Capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Periode Semester II Tahun 2022 | 10 |
| Tabel 2. Jumlah Indikator SPM yang Belum Memenuhi Standar | 15 |
| Tabel 3. Indikator yang Belum Memenuhi SPM dan Strategi Penyelesaiannya..... | 16 |

DAFTAR LAMPIRAN

1. Rekapitulasi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Periode Semester II Tahun 2022

LAPORAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RSJ MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB
PERIODE SEMESTER II TAHUN 2022

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 65 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas 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 16 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 Periode Semester II Tahun 2022 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 Periode Semester II Tahun 2022 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 PERIODE SEMESTER II
TAHUN 2022

**A. PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PERIODE SEMESTER II
TAHUN 2022**

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam pedoman Peraturan Gubernur Nomor 65 Tahun 2020 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. Jenis Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan :
 - a. Klinik Psikogeriatri Terpadu
 - b. Klinik Psikiatri Dewasa
 - c. Klinik Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Mental Sehat Ceria (MSC)
 - d. Klinik Penyakit Dalam
 - e. Klinik Penyakit Syaraf
 - f. Klinik Khusus TB_DOTs
 - g. Klinik Khusus KTS (Konsultasi dan Test HIV Sukarela)
 - h. Klinik Khusus Konseling Psikologi Klinis
 - i. Klinik Khusus ACT dan Keperawatan
 - j. Klinik Khusus Konseling NAPZA dan IPWL (Institusi Penerima Wajib Laporan)
 - k. Klinik Umum/ Medical Check Up
 - l. Klinik Gigi dan Mulut
 - m. Klinik Psikometri
 - n. Pelayanan Radiologi
 - o. Pelayanan Elektromedik
 - p. Pelayanan Kedokteran Fisik Dan Rehabilitasi (Okupasi, Fisioterapi , Wicara)
2. Jenis Pelayanan Kesehatan Rawat Inap
3. Pelayanan Gawat Darurat Psikiatrik Dan Umum
4. Pelayanan Rekam Medik
5. Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas)
 - a. Kegiatan mobile clinic, home visit dan home care
 - b. Pelayanan integrasi dengan FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)

- c. Penyuluhan kesehatan
 - d. Pengembangan Kelompok Swabantu
 - e. Pelayanan Integrasi keluarga (Family Support Group)
 - f. Dropping pasien
 - g. Acertive Comunity Treatment (ACT)
 - h. Pelayanan pasien pasung
 - i. Pelayanan korban bencana yang mengalami gangguan jiwa
 - j. *Hotline* krisis pasung dan orang dengan gangguan jiwa
6. Pelayanan Rehabilitasi Psikososial
 - a. Terapi Okupasi
 - b. Terapi Kerja
 - c. Terapi Psikologi
 - d. Day Care
 7. Pelayanan Detoksifikasi Dan Rehabilitasi NAPZA
 8. PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)
 9. Pelayanan Penunjang Medik :
 - a. Pelayanan laboratorium
 - b. Pelayanan Farmasi
 - c. Pelayanan Gizi
 10. Pelayanan Penunjang Non Medik
 11. Pelayanan Administrasi Manajemen

Capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Periode Semester II Tahun 2022 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 Periode Semester II Tahun 2022

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022 | CAPAIAN SEMESTER II TAHUN 2022 | KET CAPAIAN | |
|-----------|--------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------|
| A. | PELAYANAN MEDIK | | | | | |
| I | PELAYANAN GAWAT DARURAT | 1 | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 2 | Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam | 24 Jam | Tercapai |
| | | 3 | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS /Psikiatric Emergency yang masih berlaku | 100% | 43,16% | Belum Tercapai |
| | | 4 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana | Satu Tim | Satu Tim | Tercapai |

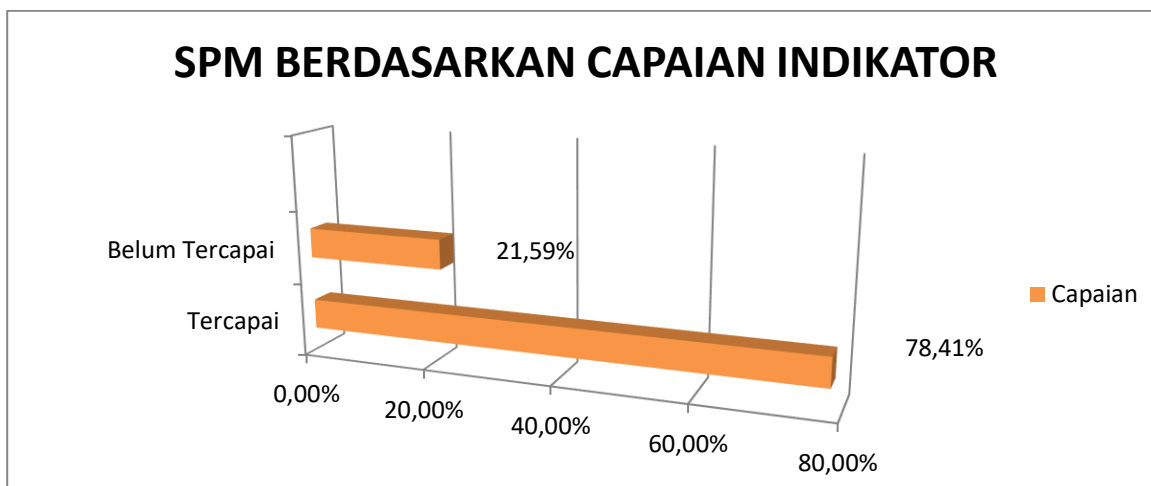
| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022 | CAPAIAN SEMESTER II TAHUN 2022 | KET CAPAIAN |
|-----|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------|
| | | 5 Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat ≤ 5 menit sejak pasien datang | 100% | 46,37% | Belum Tercapai |
| | | 6 Kepuasan pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat | $\geq 90\%$ | 96,40% | Tercapai |
| | | 7 Kematian pasien ≤ 24 jam Di Instalasi Gawat darurat | \leq dua per seribu | \leq dua per seribu | Tercapai |
| | | 8 Pasien yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam | 100% | 99,73% | Belum Tercapai |
| | | 9 Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 10 Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) ≤ 4 jam | 100% | 72,82% | Belum Tercapai |
| | | 11 Waktu pelayanan ambulance 24 jam | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 12 Kecepatan pemberian pelayanan ambulance ≤ 2 jam | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 13 Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah ≤ 2 jam | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | | | | |
| II | PELAYANAN RAWAT JALAN | 14 Pemberi pelayanan di klinik Spesialis | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 15 Ketersediaan pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Jenis Pelayanan Minimal : -Anak Remaja Dewasa -NAPZA -Gangguan Psikotik -Gangguan Nerotik -Mental Retardasi -Mental Organik -Lanjut Usia (Geriatric) | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 16 Ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan jam buka pelayanan | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 17 Waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit | $\geq 85\%$ | 100,00% | Tercapai |
| | | 18 Kepuasan pelanggan pada rawat jalan | $\geq 90\%$ | 93,86% | Tercapai |
| | | 19 Jam buka pelayanan Psikometri sesuai ketentuan | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 20 Keteraturan pengambilan obat ARV (Anti Retro Viral) pada pasien HIV/AIDS | $\geq 90\%$ | 91,85% | Tercapai |
| | | 21 Respon time pelayanan klinik Gigi dan Mulut ≤ 30 menit | 100% | 100,00% | Tercapai |
| III | PELAYANAN RAWAT INAP | 22 Pemberi pelayanan di rawat inap Spesialis dan minimal d3 keperawatan | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 23 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 24 Jam visite dokter spesialis sesuai ketentuan | $\geq 80\%$ | 80,77% | Tercapai |
| | | 25 Kejadian Infeksi Nosokomial | $\leq 1,5\%$ | 0,29% | Tercapai |
| | | 26 Kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian | $\leq 3\%$ | 0,00% | Tercapai |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022 | CAPAIAN SEMESTER II TAHUN 2022 | KET CAPAIAN | |
|-----|------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------|
| | | 27 | Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0,24% | 0,00% | Tercapai |
| | | 28 | Kejadian pulang paksa | ≤ 5 % | 0,86% | Tercapai |
| | | 29 | Kepuasan Pelanggan Instalasi Rawat Inap | ≥ 90% | 98,90% | Tercapai |
| | | 30 | Jenis Pelayanan Minimal : -Anak Remaja Dewasa -NAPZA -Gangguan Psikotik -Gangguan Nerotik -Mental Retardasi -Mental Organik -Lanjut Usia (Geriatric) | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 31 | Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri | 100% | 100% | Tercapai |
| | | 32 | Tidak adanya kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤1 bulan | 100% | 93,96% | Belum Tercapai |
| | | 33 | Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa ≤ 3 minggu | ≥ 90% | 65,59% | Belum Tercapai |
| | | 34 | Tidak ada pasien yang difiksasi fisik > 4 jam | 100% | 91,56% | Belum Tercapai |
| | | 35 | Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri di ruang rawat inap | 100% | 99,74% | Belum Tercapai |
| IV | PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL | 36 | Kepatuhan kedatangan rehabilitan sesuai dengan Jam buka pelayanan instalasi pukul 09.00 WITA | ≥ 80% | 100,00% | Tercapai |
| | | 37 | Kepatuhan profesi pemberi pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati | ≥ 80% | 75,61% | Belum Tercapai |
| V | PELAYANAN REKAM MEDIK | 38 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | ≥ 60 % | 54,05% | Belum Tercapai |
| | | 39 | Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 40 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤10menit | 100% | 99,19% | Belum Tercapai |
| | | 41 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤45 menit | 100% | 100,00% | Tercapai |
| VI | PELAYANAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT | 42 | Ketersediaan tim Keswamas (lengkap) | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 43 | Persentase kasus pasung yang tertangani | 100% | 100,00% | Tercapai |
| VII | PELAYANAN DETOKSIFIKASI DAN REHABILITASI NAPZA | 44 | Kelengkapan tim pemberi Pelayanan Detoksifikasi dan Rehabilitasi NAPZA | 100% | 100,00% | Tercapai |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022 | CAPAIAN SEMESTER II TAHUN 2022 | KET CAPAIAN | |
|------------------------------|----------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------|
| | | 45 | Ketersediaan pelayanan : -detoksifikasi -konseling NAPZA -family support group -home visit -Rehabilitasi -Outing | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 46 | Tidak ada kejadian re-admission kurang dari 1 bulan karena relaps pada klien Rehabilitasi NAPZA | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 47 | Tidak adanya kejadian klien rehabilitasi NAPZA melarikan diri dari Rumah Sakit | 100% | 100,00% | Tercapai |
| B PELAYANAN PENUNJANG | | | | | | |
| I | PELAYANAN RADIOLOGI | 48 | Waktu Tunggu hasil Pelayanan thorax foto <1 jam | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 49 | Pelaksana ekspertisi dokter spesialis | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 50 | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen berupa kerusakan foto | ≤ 2% | 0,00% | Tercapai |
| | | 51 | Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % | 100,00% | Tercapai |
| II | PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK | 52 | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (pemeriksaan kimia darah & darah rutin) ≤ 140 menit | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 53 | Pelaksana ekspertisi oleh Spesialis | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 54 | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 55 | Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % | 100,00% | Tercapai |
| | | 56 | Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium | 100% | 95,24% | Belum Tercapai |
| III | PELAYANAN FARMASI | 57 | Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit | 100% | 55,04% | Belum Tercapai |
| | | 58 | Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit | 100% | 74,88% | Belum Tercapai |
| | | 59 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 60 | Kepuasan Pelanggan | > 95% | 97,57% | Tercapai |
| | | 61 | Penulisan resep sesuai Formularium Rumah Sakit sesuai peraturan yang ada | 100% | 97,14% | Belum Tercapai |
| IV | PELAYANAN GIZI | 62 | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 63 | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≤ 20% | 0,18% | Tercapai |
| | | 64 | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet | 100% | 100,00% | Tercapai |

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022 | CAPAIAN SEMESTER II TAHUN 2022 | KET CAPAIAN | |
|----------|--------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------|
| V | PENGELOLAAN LIMBAH | 65 | Baku mutu limbah cair sesuai dengan aturan yang ada | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 66 | Pengelolaan limbah padat berbahaya dan infeksius sesuai dengan aturan | 100% | 100,00% | Tercapai |
| VI | PELAYANAN LAUNDRY | 67 | Tidak ada kejadian linen yang hilang | 100% | 99,45% | Belum Tercapai |
| | | 68 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap | 100% | 100,00% | Tercapai |
| VII | PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT | 69 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≥ 90 % | 91,47% | Tercapai |
| | | 70 | Peralatan medis terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | 100% | 72,94% | Belum Tercapai |
| | | 71 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100% | 100,00% | Tercapai |
| C | ADMINISTRASI MANAJEMEN | | | | | |
| | | 72 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan manajemen | 100% | 97,96% | Belum Tercapai |
| | | 73 | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 74 | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 75 | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 76 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun | ≥ 60 % | 92,80% | Tercapai |
| | | 77 | Cost recovery rate (keuangan) | > 40 % | 88,37% | Tercapai |
| | | 78 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 79 | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 80 | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 81 | Kecepatan respon terhadap komplain | > 75 % | 100,00% | Tercapai |
| | | 82 | Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (PB) | > 65 % | 77,70% | Tercapai |
| | | 83 | Tugas satuan pengamanan selama 24 jam penuh | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 84 | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik Rumah Sakit | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 85 | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik pasien dan keluarganya | 100% | 100,00% | Tercapai |
| D | PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI | | | | | |
| | | 86 | Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih | > 75 % | 0,00% | Belum Tercapai |
| | | 87 | Tersedia APD di setiap instalasi | 100% | 100,00% | Tercapai |
| | | 88 | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial Rumah Sakit | > 75 % | 100,00% | Tercapai |

Dari 88 indikator Standar Pelayanan Minimal di atas, capaian SPM yang memenuhi standar (Tercapai) adalah 69 indikator atau 78,41% dan yang belum memenuhi standar (Belum Tercapai) adalah 19 indikator atau 21,59%. 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 19 indikator atau 21,59% .Secara umum disebabkan karena beberapa hal seperti : kepatuhan pengumpul data dalam pencatatan dan pelaporan yang belum tepat waktu, tim SPM yang belum secara benar dan tepat waktu mengumpulkan data yang dibutuhkan dan melakukan analisa, pemahaman terhadap kamus indikator, adanya mutasi pengumpul data di unit layanan, keterbatasan ketersediaan sarana prasarana yang dibutuhkan bagi pengumpul data. 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 | 4 |
| 2 | Pelayanan Rawat Inap | 4 |
| 3 | Pelayanan Rehabilitasi Psikososial | 1 |
| 4 | Pelayanan Rekam Medik | 2 |
| 5 | Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | 1 |
| 6 | Pelayanan Farmasi | 3 |
| 7 | Pelayanan Laundry | 1 |
| 8 | Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | 1 |
| 9 | Pelayanan Administrasi Manajemen | 1 |
| 10 | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi | 1 |
| TOTAL | | 19 |

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

Indikator - indikator yang belum tercapai 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 rencana strategi penyelesaiannya :

Tabel 3. Indikator yang Belum Memenuhi SPM dan Strategi Penyelesaiannya

| Jenis Pelayanan | Indikator | Capaian Semester II Tahun 2022 | Target Capaian Semester II Tahun 2022 | Penyebab | Strategi penyelesaian |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PELAYANAN GAWAT DARURAT | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/G ELS /Psikiatric Emergency yang masih berlaku | 43,16% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> Masa berlaku sertifikat pelatihan para dokter IGD sudah berakhir Pelatihan-pelatihan yang bersifat emergensi tidak banyak dilaksanakan Jika pun ada, frekuensi diadakannya pelatihan tidak sering dan dengan kuota yang terbatas | <ol style="list-style-type: none"> Berkomunikasi dengan pihak penyelenggara pelatihan emergensi sehingga mendapatkan info awal dan bisa mendapatkan kuota pelatihan Penambahan Kuota Pelatihan |
| | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat \leq menit sejak pasien datang | 46,37% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> Saat melakukan pelayanan, seringkali pasien datang dalam waktu yang berdekatan/bersamaan dengan pasien yang sedang ditangani sehingga tidak bisa langsung diperiksa dalam waktu < 5 Menit Keterbatasan Jumlah dokter dan petugas | <ol style="list-style-type: none"> Membagi pasien berdasarkan prioritas, dan melakukan skrining dan pemeriksaan cepat dalam menilai status mental pasien Penambahan Jumlah dokter dan Petugas di IGD |
| | Pasien yang dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 Jam | 99,73% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> Pasien psikiatri dengan masalah fisik sehingga farmakoterapi yang diberikan tidak bisa diberikan dalam dosis penangan standar karena mempertimbangkan kondisi fisik pasien sehingga efek yang diinginkan membutuhkan waktu yang lebih lama Pasien lama di IGD karena penuhnya ruangan perawatan yang dituju oleh pasien Pasien yang sudah dapat ditenangkan, kembali gelisah karena terinduksi oleh pasien lain Pasien masih gelisah karena tidak mendapatkan program injeksi (Karena ada riwayat GEP) | <ol style="list-style-type: none"> Berkonsultasi lebih lanjut dengan dokter spesialis terkait perihal pemberian farmakoterapi pada pasien psikiatri dengan komorbid Memanfaatkan mekanisme ekstra bed pada ruangan yang dituju, dan dengan memindahkan pasien-pasien yang sudah dinyatakan stabil oleh DPJP ke ruangan pemulihan oleh MOD/MPP dengan sepengetahuan dan seizin DPJP Memisahkan area pasien dengan kondisi yang sudah dapat ditenangkan dengan pasien yang masih gaduh gelisah |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Capaian Semester II Tahun 2022 | Target Capaian Semester II Tahun 2022 | Penyebab | Strategi penyelesaian |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) < 4 jam | 72,82% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Staf belum maksimal menggunakan penilaian pasien gaduh gelisah dengan menggunakan PANSS-EC 2. Penggunaan buku bantu dalam pengumpulan data terutama shift sore dan malam belum maksimal 3. Pelaksanaan SPO Penanganan pasien gaduh gelisah belum efektif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi indikator PANN-EC secara berkelanjutan 2. Meningkatkan kualitas supervise oleh kepala instalasi/kepala ruangan 3. Meningkatkan kemampuan teknis petugas 4. Kontinuitas sosialisasi / pelatihan |
| PELAYANAN RAWAT INAP | Tidak ada kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu \leq 1 bulan | 93,96% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peran keluarga yang kurang dalam perawatan pasien di rumah 2. Pasien tidak rutin mengonsumsi obat 3. Masyarakat dan lingkungan yang kurang nyaman untuk pasien karena stigma ODGJ (social support kurang) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menekankan pentingnya peran keluarga dalam penanganan masalah jiwa saat penerimaan pasien masuk di rawat inap dan saat pasien pulang dijemput keluarga 2. Memanfaatkan keberadaan poli ACT untuk konseling keluarga dengan ODGJ 3. Melaksanakan kegiatan SHG sebagai bentuk kegiatan berbagi sesama keluarga yang hidup bersama ODGJ 4. Memahami masyarakat perihal perlunya social support untuk ODGJ stabil yang kembali ke masyarakat melalui kegiatan instalasi keswamas |
| | Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa < 3 minggu | 65,59% | \geq 90 % | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien ODGJ dengan riwayat keluarga yang tidak kooperatif yang kurang seringkali tidak kunjung menjemput pasien, terkadang kendala biaya transportasi untuk menjemput pasien 2. Daerah tertentu memiliki dana khusus untuk penjemputan pasien namun tidak bisa langsung dieksekusi untuk penjemputan karena suatu dan lain hal 3. Pasien kiriman TPKJM yang identitasnya tidak kunjung ditemukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengantaran/dropping pasien ke rumah dengan sebelumnya berkoordinasi dengan puskesmas setempat 2. Terus menginformasikan dan memfollow up waktu penjemputan pada pasien yang sudah diperbolehkan pulang 3. Berkomunikasi intens dengan pihak dinas sosial perihal penjemputan pasien tanpa identitas |
| | Tidak ada pasien yang difiksasi fisik > 4 jam | 91,56% | 100% | Pasien masih gelisah yang bersifat merusak dan mengganggu pasien lain sehingga butuh diberikan fiksasi fisik dan untuk mengamankan pasien serta memudahkan pemberian farmakoterapi | Menerapkan safeward pada pasien gelisah dengan memberikan kontrak yang jelas tentang kondisinya dan bagaimana cara mengatasinya, serta bagaimana petugas ingin membantu pasien tersebut |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Capaian Semester II Tahun 2022 | Target Capaian Semester II Tahun 2022 | Penyebab | Strategi penyelesaian |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri di ruang rawat inap | 99,74% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang dirawat inap, ada yang terindikasi sebagai pasien resiko lari. 2. Pasien mengambil kesempatan kabur saat berkegiatan di ruang rehabilitasi, menolak untuk masuk ke ruang rawat inap hingga lari Kembali pulang ke rumah dan tidak Kembali lagi ke rumah sakit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien lari dan memberikan tanda khusus yang mudah dikenali oleh petugas 2. Menaruh perhatian penuh dan melakukan pengawasan dengan ketat serta mengondisikan ruangan perawatan pada kondisi kondusif sehingga pasien tidak dapat mengambil kesempatan untuk lari |
| PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL | Kepatuhan profesi pemberi pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati | 75,61% | ≥80 % | <ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan di rehabilitasi psikososial terdiri dari berbagai jenis PPA yang SK tugasnya tidak hanya di Rehabilitasi Psikososial 2. Belum maksimal manajemen waktu dan komitmen masing-masing PPA dalam memberikan pelayanan, contohnya kesibukan saat menjelang persiapan dan penilaian Akreditasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Duduk bersama seluruh PPA untuk berkomitmen sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan 2. SK PPA ditetapkan bertugas hanya di Rehab Psikososial saja agar bisa fokus dalam melaksanakannya |
| REKAM MEDIK | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 54,05% | ≥60 % | Kurangnya kepatuhan PPA dalam mengisi rekam medis dengan lengkap berupa tidak melengkapi tanggal, jam, stempel, tanda tangan/paraf dan beberapa isian pada form tertentu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen harus melakukan tindak lanjut dari hasil monev kelengkapan pengisian rekam medis yang telah dikirimkan oleh Panitia rekam medis 2. Melakukan sosialisasi ulang kepada para PPA tentang buku petunjuk teknis pengisian rekam medis 3. Memberi reward dan punishment kepada para PPA terkait kepatuhan pengisian dokumen rekam medis |
| | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit | 99,19% | 100% | Banyaknya tumpukan dokumen rekam medis di ruang assembling yang harus dilengkapi oleh PPA sehingga petugas filling kesulitan untuk mencari dokumen rekam medis karena masih digunakan di unit lain | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang kepada para PPA bahwa pengisian dokumen rekam medis adalah 1 x 24 jam setelah pasien pulang sehingga dapat mengurangi tumpukan dokumen rekam medis di unit lain (Assembling) 2. Menyegerakan penerapan e-RM sehingga keberadaan fisik rekam medis tidak menjadi soal dalam layanan |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Capaian Semester II Tahun 2022 | Target Capaian Semester II Tahun 2022 | Penyebab | Strategi penyelesaian |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK | Waktu lapor tes kritis Laboratorium | 95,24% | 100% | Salah mengingat batas nilai kritis Hb, yang diingat 6 gr% tapi seharusnya 7gr% jadi pasien dengan nilai HB 6,6 gr% tidak dilaporkan dan keadaan pasien yang masih beraktifitas biasa dan daftar nilai kritis di tempatkan yang agak jauh dari tempat pengetikan hasil | Daftar nilai kritis ditempatkan di dekat komputer pengetikan hasil |
| PELAYANAN FARMASI | Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit | 55,04% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kinerja petugas farmasi (kurang efisien dalam bekerja) 2. Jumlah Dokter yang praktik tidak sebanding dengan loket farmasi 3. Kecepatan pasien konsultasi di Poliklinik 4. Jumlah pasien yang datang secara bersamaan dari Poliklinik 5. Peningkatan resep racikan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan kinerja petugas farmasi (efisiensi tenaga dengan adanya jadwal rolling petugas tiap bagian, baik input, dispensing, racik, maupun penerimaan resep dan penyerahan obat. 2. Modifikasi pelayanan (menggunakan computer rawat inap untuk penginputan obat pada jam-jam tertentu/jam ramai) |
| | Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit | 74,88% | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kinerja petugas farmasi (kurang efisien dalam bekerja) 2. Jumlah Dokter yang praktik tidak sebanding dengan loket farmasi 3. Kecepatan pasien konsultasi di Poliklinik 4. Jumlah pasien yang datang secara bersamaan dari Poliklinik 5. Peningkatan resep racikan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan kinerja petugas farmasi (efisiensi tenaga dengan adanya jadwal rolling petugas tiap bagian, baik input, dispensing, racik, maupun penerimaan resep dan penyerahan obat. 2. Modifikasi pelayanan (menggunakan computer rawat inap untuk penginputan obat pada jam-jam tertentu/jam ramai) |
| | Penulisan resep sesuai Formularium Rumah Sakit sesuai peraturan yang ada | 97,14% | 100% | Adanya penyakit yang membutuhkan terapi tersebut dan DPJP tidak menghendaki untuk diganti strategi | Monitoring dan evaluasi di rapat KFT |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Capaian Semester II Tahun 2022 | Target Capaian Semester II Tahun 2022 | Penyebab | Strategi penyelesaian |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PELAYANAN LAUNDRY | Tidak ada kejadian linen yang hilang | 99,45% | 100% | Kurang peduli terhadap linen yang disediakan | Evaluasi / stock opname setiap bulan |
| PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT | Peralatan medis terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | 72,94% | 100% | Tidak semua alat medis yang harus dikalibrasi tersedia telusurnya di laboratorium kalibrasi yang dituju | Melakukan penyesuaian anggaran kalibrasi bagi alat-alat tertentu yang tidak bisa dikalibrasi di Mataram |
| ADMINISTRASI MANAJEMEN | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan manajemen | 97,96% | 100% | Belum semua Tindak Lanjut yang dilakukan dilaporkan | Masing-masing bidang/ bagian melaporkan tindak lanjut hasil pertemuan |
| PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI | Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih | 0,00% | >75% | Berkurangnya kegiatan pelatihan PPI Dasar dan PPI Lanjutan di Tahun 2021 dan Tahun 2022 | Perencanaan kegiatan TOT Pelatihan PPI Dasar dan PPI Lanjutan |

BAB III

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Dari 88 indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Munitara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat, capaian SPM yang memenuhi standar (Tercapai) adalah 69 indikator atau 78,41%,
2. Indikator yang belum memenuhi standar (Belum Tercapai) adalah 19 indikator atau 21,59%.

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. Melatih para pengumpul data sedini mungkin untuk ketepatan dan kecepatan dalam pengumpulan dan laporan SPM
3. Kedepannya tentunya upaya perbaikan-perbaikan dan peningkatan akan terus dilakukan dan berkelanjutan terutama pada indikator yang belum tercapai, bahkan pada indikator yang sudah tercapai

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 65 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat.

LAMPIRAN