



# LAPORAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) PERIODE SEMESTER I 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](mailto:rsjmutiarasukma@gmail.com)  
Website: [rsjmutiarasukma.ntbprov.go.id](http://rsjmutiarasukma.ntbprov.go.id)

**LAPORAN  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
(SPM) PERIODE SEMESTER I  
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 I 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, 1 Juli 2022

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
<b>BAB I. PENDAHULUAN .....</b>	<b>7</b>
A. LATAR BELAKANG .....	7
B. MAKSUD DAN TUJUAN.....	8
<b>BAB II. SPM PERIODE SEMESTER I TAHUN 2022 .....</b>	<b>9</b>
A. PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PERIODE SEMESTER I TAHUN 2022 .....	9
B. INDIKATOR YANG BELUM TERCAPAI STANDAR DAN STRATEGI PENYELESAIANNYA .....	17
<b>BAB III. PENUTUP .....</b>	<b>23</b>
A. KESIMPULAN .....	23
B. SARAN .....	23
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>24</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>25</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Grafik Batang SPM Berdasarkan Capaian Indikator .....	16
---	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Capaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat Periode Semester I Tahun 2022 .....	10
Tabel 2. Jumlah Indikator SPM yang Belum Memenuhi Standar .....	16
Tabel 3. Indikator yang Belum Memenuhi SPM dan Strategi Penyelesaiannya.....	17

## **DAFTAR LAMPIRAN**

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

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

**A. PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PERIODE SEMESTER I  
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 Lapo)
  - 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 I 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 I Tahun 2022**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2022	KET. CAPAIAN	
<b>A.</b>	<b>PELAYANAN MEDIK</b>					
<b>I</b>	<b>PELAYANAN GAWAT DARURAT</b>	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100,00%	Tercapai
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 Jam	Tercapai

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2022	KET. CAPAIAN	
		3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS /Psikiatric Emergency yang masih berlaku	100%	36,84%	Belum Tercapai
		4	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Satu Tim	Satu Tim	Tercapai
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat $\leq 5$ menit sejak pasien datang	100%	72,35%	Belum Tercapai
		6	Kepuasan pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat	$\geq 90\%$	100,00%	Tercapai
		7	Kematian pasien $\leq 24$ jam Di Instalasi Gawat darurat	$\leq$ dua per seribu	$\leq$ dua per seribu	Tercapai
		8	Pasien yang dapat ditenangkan dalam waktu $\leq 48$ jam	100%	99,77%	Belum Tercapai
		9	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100,00%	Tercapai
		10	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) $\leq 4$ jam	100%	28,31%	Belum Tercapai
		11	Waktu pelayanan ambulance 24 jam	100%	100,00%	Tercapai
		12	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance $\leq 2$ jam	100%	100,00%	Tercapai
		13	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah $\leq 2$ jam	100%	100,00%	Tercapai
<b>II</b>	<b>PELAYANAN RAWAT JALAN</b>	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 (Geriatri)	100%	100,00%	Tercapai
		16	Ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan jam buka pelayanan	100%	100,00%	Tercapai
		17	Waktu tunggu rawat jalan $\leq 60$ menit	$\geq 85\%$	100,00%	Tercapai
		18	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	$\geq 90\%$	100,00%	Tercapai
		19	Jam buka pelayanan Psikometri sesuai ketentuan	100%	100,00%	Tercapai

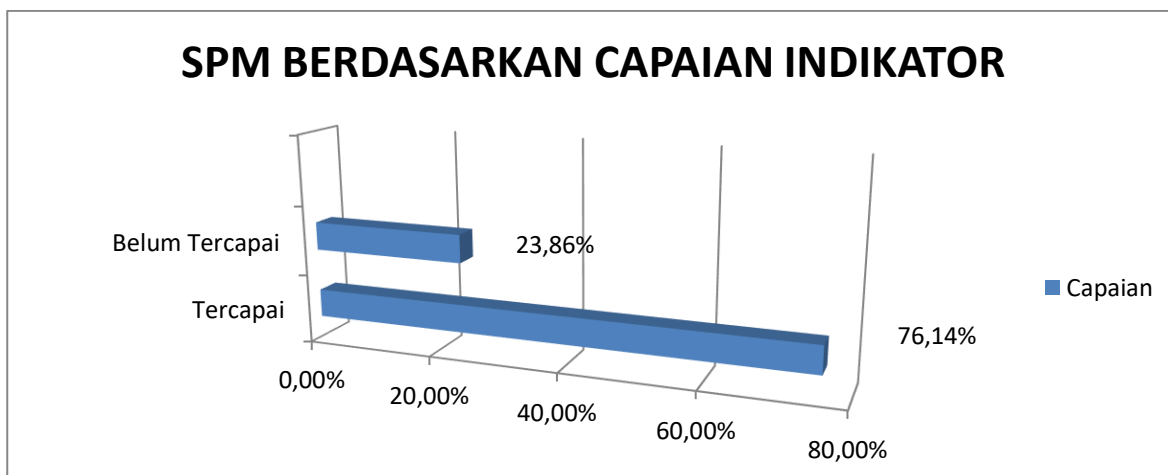
NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2022	KET. CAPAIAN	
		20	Keteraturan pengambilan obat ARV (Anti Retro Viral) pada pasien HIV/ AIDS	≥ 90%	91,85%	Tercapai
		21	Respon time pelayanan klinik Gigi dan Mulut ≤ 30 menit	100%	100,00%	Tercapai
III	PELAYANAN RAWAT 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	≥ 80 %	72,60%	Belum Tercapai
		25	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5%	0,00%	Tercapai
		26	Kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian	≤ 3 %	0,00%	Tercapai
		27	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	0,00%	Tercapai
		28	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	1,24%	Tercapai
		29	Kepuasan Pelanggan Instalasi Rawat Inap	≥ 90%	94,87%	Tercapai
		30	Jenis Pelayanan Minimal :	100%	100,00%	Tercapai
			-Anak Remaja Dewasa			
			-NAPZA			
			-Gangguan Psikotik			
			-Gangguan Nerotik			
			-Mental Retardasi			
			-Mental Organik			
	-Lanjut Usia (Geriatric)					
	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%	94,82%	Belum Tercapai	
	33	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa ≤ 3 minggu	≥ 90%	87,58%	Belum Tercapai	
	34	Tidak ada pasien yang difiksasi fisik > 4 jam	100%	80,36%	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%	56,57%	Belum Tercapai

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2022	KET. CAPAIAN	
V	PELAYANAN REKAM MEDIK	38	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	≥ 60 %	30,24%	Belum Tercapai
		39	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	96,90%	Belum Tercapai
		40	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤10menit	100%	99,73%	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
		45	Ketersediaan pelayanan :	100%	100,00%	Tercapai
			-detoksifikasi			
			-konseling NAPZA			
			-family support group			
			-home visit			
-Rehabilitasi						
-Outing						
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%	0,63%	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	100%	100,00%	Tercapai

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2022	KET. CAPAIAN
		Spesialis			
		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%	100,00%	Tercapai
<b>III</b>	<b>PELAYANAN FARMASI</b>	57 Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	100%	48,62%	Belum Tercapai
		58 Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	100%	75,37%	Belum Tercapai
		59 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100,00%	Tercapai
		60 Kepuasan Pelanggan	> 95%	93,75%	Belum Tercapai
		61 Penulisan resep sesuai Formularium Rumah Sakit sesuai peraturan yang ada	100%	100,00%	Tercapai
<b>IV</b>	<b>PELAYANAN GIZI</b>	62 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100,00%	Tercapai
		63 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	0,22%	Tercapai
		64 Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100,00%	Tercapai
<b>V</b>	<b>PENGELOLAA N LIMBAH</b>	65 Baku mutu limbah cair sesuai dengan aturan yang ada	100%	97,62%	Belum Tercapai
		66 Pengelolaan limbah padat berbahaya dan infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	Tercapai
<b>VI</b>	<b>PELAYANAN LAUNDRY</b>	67 Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	Tercapai
		68 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap	100%	100%	Tercapai
<b>VII</b>	<b>PELAYANAN PEMELIHARAA N SARANA RUMAH SAKIT</b>	69 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 90 %	91,28%	Tercapai
		70 Peralatan medis terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan	100%	55,80%	Belum Tercapai
		71 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100,00%	Tercapai
<b>C</b>	<b>ADMINISTRASI MANAJEMEN</b>				
		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	100%	100,00%	Tercapai

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET PENCAPAIAN TAHUN 2022	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2022	KET. CAPAIAN
		pangkat			
		75 Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100,00%	Tercapai
		76 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun	≥ 60 %	8,46%	Belum Tercapai
		77 Cost recovery rate (keuangan)	> 40 %	143,60%	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 PNPB terhadap biaya operasional (PB)	> 65 %	138,77%	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
<b>D PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI</b>					
		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 67 indikator atau 76,14% dan yang belum memenuhi standar (Belum Tercapai) adalah 21 indikator atau 23,86%. 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 21 indikator atau 23,86% .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	5
3	Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	1
4	Pelayanan Rekam Medik	3
5	Pelayanan Farmasi	3
6	Pengelolaan Limbah	1
7	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1
8	Pelayanan Administrasi Manajemen	2
9	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>

**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 Tahun 2022	Target Capaian Semester I Tahun 2022	Penyebab	Strategi penyelesaian
PELAYANAN GAWAT DARURAT	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/G ELS /Psikiatric Emergency yang masih berlaku	36,84%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Masa berlaku sertifikat pelatihan para dokter IGD sudah berakhir</li> <li>Pelatihan-pelatihan yang bersifat emergensi tidak banyak dilaksanakan</li> <li>Jika pun ada, frekuensi diadakannya pelatihan tidak sering dan dengan kuota yang terbatas</li> </ol>	Berkomunikasi dengan pihak penyelenggara pelatihan emergensi sehingga mendapatkan info awal dan bisa mendapatkan kuota pelatihan
	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat $\leq$ menit sejak pasien datang	72,35%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Saat melakukan pelayanan, seringkali pasien datang dalam waktu yang berdekatan/bersamaan dengan pasien yang sedang ditangani</li> <li>Di jam shift sore dan malam, dokter IGD menerima konsulan untuk pasien ruangan dan harus meninggalkan IGD untuk melakukan pemeriksaan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Membagi pasien berdasarkan prioritas, dan melakukan skrining dan pemeriksaan cepat dalam menilai status mental pasien</li> <li>Pengaturan jadwal jaga dokter IGD mengusahakan adanya 2 dokter yang masing-masing bertugas di IGD dan ruangan sehingga dokter IGD bisa focus untuk menangani pasien IGD</li> </ol>

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian Tahun 2022	Target Capaian Semester I Tahun 2022	Penyebab	Strategi penyelesaian
	Pasien yang dapat ditenangkan dalam waktu $\leq$ 48 Jam	99,77%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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</li> <li>2. Pasien lama di IGD karena penuhnya ruangan perawatan yang dituju oleh pasien</li> <li>3. Pasien yang sudah dapat ditenangkan, kembali gelisah karena terinduksi oleh pasien lain</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkonsultasi lebih lanjut dengan dokter spesialis terkait perihal pemberian farmakoterapi pada pasien psikiatri dengan komorbid</li> <li>2. 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</li> <li>3. Memisahkan area pasien dengan kondisi yang sudah dapat ditenangkan dengan pasien yang masih gaduh gelisah</li> </ol>
	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) < 4 jam	28,31%	100%	Adanya perbedaan cara penilaian waktu untuk menenangkan pasien, pada awal semester menggunakan kriteria waktu pelepasan fiksasi	Menggunakan kriteria baru untuk mendapatkan hasil penilaian waktu yang akurat
PELAYANAN RAWAT INAP	Jam visite dokter spesialis sesuai ketentuan	72,60%	$\geq$ 80%	1. DPJP pasien tidak rutin melakukan visite ke ruang rawat inap karena berfokus pada ruang intensif	1. Instalasi rawat inap berserta para karu ruangan pemulihan rutin mengingatkan kepada seluruh DPJP perihal kebutuhan visite pada pasien di ruang pemulihan
	Tidak ada kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu $\leq$ 1 bulan	94,82%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peran keluarga yang kurang dalam perawatan pasien di rumah</li> <li>2. Pasien tidak rutin mengonsumsi obat</li> <li>3. Masyarakat dan lingkungan yang kurang nyaman untuk pasien karena stigma ODGJ (social support kurang)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menekankan pentingnya peran keluarga dalam penanganan masalah jiwa saat penerimaan pasien masuk di rawat inap dan saat pasien pulang dijemput keluarga</li> <li>2. Memanfaatkan keberadaan poli ACT untuk konseling keluarga dengan ODGJ</li> <li>3. Melaksanakan kegiatan SHG sebagai bentuk kegiatan berbagi sesama keluarga yang hidup bersama ODGJ</li> <li>4. Memahami masyarakat perihal perlunya social support untuk ODGJ stabil yang kembali ke masyarakat melalui kegiatan instalasi keswamas</li> </ol>

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian Tahun 2022	Target Capaian Semester I Tahun 2022	Penyebab	Strategi penyelesaian
	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa < 3 minggu	87,58%	≥90 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien ODGJ dengan riwayat keluarga yang tidak kooperatif yang kurang seringkali tidak kunjung menjemput pasien, terkadang kendala biaya transportasi untuk menjemput pasien</li> <li>Daerah tertentu memiliki dana khusus untuk penjemputan pasien namun tidak bisa langsung dieksekusi untuk penjemputan karena suatu dan lain hal</li> <li>Pasien kiriman TPKJM yang identitasnya tidak kunjung ditemukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan pengantaran/dropping pasien ke rumah dengan sebelumnya berkoordinasi dengan puskesmas setempat</li> <li>Terus menginformasikan dan memfollow up waktu penjemputan pada pasien yang sudah diperbolehkan pulang</li> <li>Berkomunikasi intens dengan pihak dinas sosial perihal penjemputan pasien tanpa identitas</li> </ol>
	Tidak ada pasien yang difiksasi fisik > 4 jam	80,36%	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
	Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri di ruang rawat inap	99,74%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien yang dirawat inap, ada yang terindikasi sebagai pasien resiko lari.</li> <li>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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi pasien lari dan memberikan tanda khusus yang mudah dikenali oleh petugas</li> <li>Menaruh perhatian penuh dan melakukan pengawasan dengan ketat serta mengondisikan ruangan perawatan pada kondisi kondusif sehingga pasien tidak dapat mengambil kesempatan untuk lari</li> </ol>
PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL	Kepatuhan profesi pemberi pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati	56,57%	≥80 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Layanan di rehabilitasi psikososial terdiri dari berbagai jenis PPA dengan tugas dan tempat layanan yang berbeda</li> <li>Belum maksimal manajemen waktu dan komitmen masing-masing PPA dalam memberikan pelayanan</li> </ol>	Duduk bersama seluruh PPA untuk berkomitmen sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian Tahun 2022	Target Capaian Semester I Tahun 2022	Penyebab	Strategi penyelesaian
REKAM MEDIK	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	30,24%	≥60 %	1. PPA tidak mengisi rekam medis dengan lengkap berupa tidak melengkapi tanggal, jam, stemple, tanda tangan/paraf dan beberapa isian pada form tertentu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terus menginformasikan PPA perihal detail rekam medis yang harus diisi</li> <li>2. Instalasi Rekam Medis dan Penjaminan mengupdate info harian PPA mana yang belum melengkapi rekam medis pasca pasien pulang</li> <li>3. Meminta komitmen bersama untuk pantang pulang sebelum rekam medis lengkap</li> <li>4. Ruang rawat inap mengecek kembali kelengkapan rekam medis sehingga saat dikembalikan rekam medis dalam keadaan lengkap</li> <li>5. Menyegerakan penerapan e-RM sehingga rekam medis bisa diakses kapanpun oleh PPA sehingga tidak ada lagi ketidaklengkapan pengisian</li> </ol>
	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	96,90%	100 %	PPA tidak mengisi rekam medis dengan lengkap karena seringkali terlewat untuk menandatangani dan mencap basah nama PPA di rekam medis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi rekam medis dan penjaminan, mengupdate info harian PPA mana yang belum melengkapi rekam medis pasca pasien pulang</li> <li>2. Meminta komitmen bersama untuk pantang pulang sebelum rekam medis lengkap</li> <li>3. Ruang rawat inap mengecek kembali kelengkapan rekam medis sehingga saat dikembalikan rekam medis dalam keadaan lengkap</li> <li>4. Menyegerakan penerapan e-RM sehingga rekam medis bisa diakses kapanpun oleh PPA sehingga tidak ada lagi ketidaklengkapan pengisian</li> </ol>
	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	99,73%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan tenaga pengantar rekam medis</li> <li>2. Area layanan khusus untuk anak yang terpisah dari area umum layanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempercepat identifikasi rekam medis yang harus didistribusi</li> <li>2. Menyegerakan penerapan e-RM sehingga keberadaan fisik rekam medis tidak menjadi soal dalam layanan</li> </ol>

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian Tahun 2022	Target Capaian Semester I Tahun 2022	Penyebab	Strategi penyelesaian
PELAYANAN FARMASI	Waktu tunggu pelayanan obat jadi $\leq$ 30 menit	48,62%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah tenaga farmasi kurang (izin, sakit, isolasi mandiri &gt;5 orang pada bulan Febuari)</li> <li>Kinerja petugas farmasi (kurang efisien dalam bekerja)</li> <li>Jumlah Dokter yang praktik tidak sebanding dengan loket farmasi</li> <li>Kecepatan pasien konsultasi di Poliklinik</li> <li>Jumlah pasien yang datang secara bersamaan dari Poliklinik</li> <li>SIMRS belum optimal/maksimal digunakan untuk pelayanan</li> <li>Peningkatan resep racikan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan kinerja petugas farmasi (efisiensi tenaga dengan adanya jadwal rolling petugas tiap bagian, baik input, dispensing, racik, maupun penerimaan resep dan penyerahan obat.</li> <li>Modifikasi pelayanan (menggunakan computer rawat inap untuk penginputan obat pada jam-jam tertentu/jam ramai)</li> <li>Koordinasi dengan Tim IT terkait kendala SIMRS</li> </ol>
	Waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq$ 60 menit	75,37%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah tenaga farmasi kurang (izin, sakit, isolasi mandiri &gt;5 orang pada bulan Febuari)</li> <li>Kinerja petugas farmasi (kurang efisien dalam bekerja)</li> <li>Jumlah Dokter yang praktik tidak sebanding dengan loket farmasi</li> <li>Kecepatan pasien konsultasi di Poliklinik</li> <li>Jumlah pasien yang datang secara bersamaan dari Poliklinik</li> <li>SIMRS belum optimal/maksimal digunakan untuk pelayanan</li> <li>Peningkatan resep racikan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan kinerja petugas farmasi (efisiensi tenaga dengan adanya jadwal rolling petugas tiap bagian, baik input, dispensing, racik, maupun penerimaan resep dan penyerahan obat.</li> <li>Modifikasi pelayanan (menggunakan computer rawat inap untuk penginputan obat pada jam-jam tertentu/jam ramai)</li> <li>Koordinasi dengan Tim IT terkait kendala SIMRS</li> </ol>
	Kepuasan pelanggan	93,75%	>95%	belum dapat dianalisa ketidakpuasan pelanggan karena pasien hanya diminta mengisi PUAS/TIDAK PUAS di kotak survey	diharapkan dari TIM Mutu/bagian terkait membuat survey kepuasan pelanggan terkait pelayanan farmasi saja, termasuk indikator apa saja yang digunakan sebagai alat ukur kepuasan pelanggan/pasien
PENGELOLAAN LIMBAH	Baku mutu limbah cair sesuai dengan aturan yang ada	97,62%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Chlorine tablet kadaluarsa</li> <li>Lampu UV Mati</li> <li>Blower Rusak</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pembelian Chlorine tablet</li> <li>Pembelian Lampu UV</li> <li>Pembelian Blower Baru</li> </ol>

Jenis Pelayanan	Indikator	Capaian Tahun 2022	Target Capaian Semester I Tahun 2022	Penyebab	Strategi penyelesaian
PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	Peralatan medis terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan	55,80%	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
	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun	8,46%	≥60 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi Pandemi COVID 19 yang menyebabkan adanya refocusing anggaran terutama untuk pelatihan bagi peningkatan SDM</li> <li>2. Berkurangnya kegiatan pelatihan tatap muka akibat COVID 19</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat pelatihan internal/ mengikuti pelatihan di luar RS dengan daring bagi materi pelatihan yang tidak harus tatap muka</li> <li>2. Penyesuaian perencanaan anggaran pelatihan</li> </ol>
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 67 indikator atau 76,14%,
2. Indikator yang belum memenuhi standar (Belum Tercapai) adalah 21 indikator atau 23,86%.

#### **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