



# LAPORAN EVALUASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) TAHUN 2021



**RSJD SURAKARTA**  
“Melayani lebih baik”

## **RS JIWA DAERAH SURAKARTA**

Jl. Ki Hajar Dewantoro No. 80 Ketingan, Jebres, Surakarta  
Telp. (0271) 641442 Fax. (0271) 648920  
Email : [rsjsurakarta@jatengprov.go.id](mailto:rsjsurakarta@jatengprov.go.id)  
Website : <http://rsjd-surakarta.jatengprov.go.id/>

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....2

### BAB I PENDAHULUAN

#### BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL TAHUN 2021

- A. Standar Pelayanan Minimal RS. Jiwa Daerah Surakarta .....4
- B. Nilai Hasil Capaian Standar Pelayanan Minimal RS Jiwa Daerah Surakarta Tahun 2021....8
- C. Evaluasi Hasil Capaian Standar Pelayanan Minimal ..... 18
- D. Rencana Perbaikan Yang Akan Dilakukan : .....20

### BAB III PENUTUP

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) mengakui dan melindungi kesehatan sebagai hak asasi setiap manusia. Pada pasal 28H ayat (1) perubahan UUD 1945 dinyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan Kesehatan, selanjutnya pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan Kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Pembangunan kesehatan sebagai upaya negara untuk memberikan pelayanan kesehatan yang didukung oleh sumber daya kesehatan, baik dari tenaga kesehatan maupun tenaga non-kesehatan. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa kesehatan merupakan keadaan sejahtera mulai dari badan, jiwa, serta sosial yang membuat setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian, kesehatan selain menjadi hak asasi manusia, kesehatan juga merupakan suatu investasi.

RS Jiwa Daerah Surakarta sebagai fasilitas pelayanan kesehatan jiwa milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan yang mempunyai peran cukup penting dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pemerintah telah menetapkan standarisasi pelayanan minimal yang harus dimiliki oleh institusi layanan kesehatan termasuk rumah sakit.

Standar Pelayanan Minimal dibuat sebagai panduan bagi rumah sakit-rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimal ini dibuat bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

RS Jiwa Daerah Surakarta telah menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit berdasarkan Standar Pelayanan Minimal. Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya harus sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan.

## BAB II

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL TAHUN 2021

#### A. Standar Pelayanan Minimal RS. Jiwa Daerah Surakarta

Indikator Kinerja Utama RS Jiwa Daerah Surakarta ditetapkan melalui Peraturan Gubernur Jawa Tengah nomor 38 tahun 2019 tentang Indikator Kinerja Utama Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dan Perangkat Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2018-2023.

Indikator Kinerja Utama RS Jiwa Daerah Surakarta adalah Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit yang ditetapkan melalui peraturan Gubernur Jawa Tengah nomor 22 tahun 2017 tentang Penerapan dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah. Standar pelayanan minimal RS Jiwa Daerah Surakarta sebagaimana tercantum dalam tabel 2.1 sebagai berikut :

**Tabel 2.1 Standar Capaian SPM RS. Jiwa Daerah Surakarta**

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		
		INDIKATOR	STANDAR	
1	Gawat Darurat	1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		2.	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3.	Pemberi Pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
		4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim
		5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
		6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %
		7.	Kematian Pasien < 24 Jam	≤ 2 ‰
		8.	Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam	100%
		9.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2	Rawat Jalan	1.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
		2.	Ketersediaan Pelayanan di Rawat Jalan	a. Anak Remaja
				b. NAPZA
				c. Gangguan Psikotik
	d. Gangguan Neurotik			

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		
		INDIKATOR	STANDAR	
			e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Psikogeriatri	
		3.	Jam buka pelayanan 08.00 s/d 13.00 Setiap Hari Kerja kecuali Jumat : 08.00 s/d 11.00; dan Sabtu : 08.00 s/d 12.00	100%
		4.	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤60 Menit
		5.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%
		1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis dan Dokter Umum b. Perawat minimal pendidikan D3
3	Rawat Inap	2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
		3.	Ketersediaan Pelayanan rawat inap	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, Gangguan Mental Organik.
		4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		5.	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤1,5%
		6.	Tidak adanya kejadian kematian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
		7.	Kematian Pasien > 48 Jam	≤ 0,24%
		8.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %
		9.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%
		10.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%
		11.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan	100%
		12.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu
		4	Radiologi	1.
2.	Pelaksana Ekspertisi			Dokter Spesialis Radiologi
3.	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen			Kerusakan foto ≤ 2 %
4.	Kepuasan Pelanggan			≥ 80 %
5	Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah dan darah rutin)
		2.	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. PK
		3.	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
		4.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		
		INDIKATOR	STANDAR	
6	Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik Yang Direncanakan	≤ 50%
		2.	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%
		3.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
7	Farmasi	1a	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit
		1b.	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit
		2.	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%
		3.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
		4.	Penulisan Resep Sesuai Formularium	100%
8	Gizi	1.	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90%
		2.	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	≤ 20%
		3.	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%
9	Tranfusi Darah	1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100% Terpenuhi
		2	Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01%
10	Pelayanan GAKIN	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan		100 % Terlayani
11	Rekam Medik	1.	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%
		2.	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%
		3.	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit
		4.	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit
12	Pengelolaan Limbah	1.	Baku mutu limbah cair	a.BOD < 30 mg/l b.COD < 80 mg/l c.TSS < 30 mg/l d.PH 6-9
		2.	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan	100%
13	Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100%
		2.	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
		3.	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%
		4.	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala	100%
		5.	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun	≥ 60 %

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		
		INDIKATOR	STANDAR	
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %
		7.	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%
		8.	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 2 Jam
		9.	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu	100%
14	Ambulance/ Mobil Jenazah	1.	Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah	24 Jam
		2.	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di Rumah Sakit	Maks.30 menit
		3.	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat Yang Membutuhkan	≤ 60 Menit
15	Pemulasaraan Jenazah	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 Jam	
16	Pelayanan Pemeliharaan Sarana	1.	Kecepatan Waktu menanggapi Kerusakan Alat	≥ 80%
		2.	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%
		3.	Peralatan Laboratorium, Elektromedik, Alkes Lain Dan Alat Ukur Yang Digunakan Dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Ketentuan Kalibrasi	100%
17	Pelayanan Laundry	1.	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang	100%
		2.	Ketepatan Waktu Untuk Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	100%
18	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / departemen	60%
		3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI ( Health Care Associated Infection) di RS ( Min 1 parameter )	75%
<b>TARGET SPM 2021</b>				<b>96,16%</b>





NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		DATA DARI PELAYANAN												CAPAIAN		
		INDIKATOR	STANDAR	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
			s/d 11.00; dan Sabtu : 08.00 s/d 12.00															
		4.	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤60 Menit	37.53 Menit	33.39 Menit	35.54 Menit	31.52 Menit	31.29 Menit	31.29 Menit	31.29 Menit	40.94 Menit	40.94 Menit	38.29 Menit	39,98 Menit	35,95 Menit	100	
		5.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	90,15			90,13			90,19			90,04			100	
3	Rawat Inap	1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis dan Dokter Umum (100%)	100						100						100	
				b. Perawat minimal pendidikan D3 (100%)	100						100						100	
		2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Ketersediaan Pelayanan rawat inap	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, Gangguan Mental Organik.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	Pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, NAPZA, Gangguan psikotik, gangguan neurotic, Mental Retardasi, Mental Organik, Psikogeriatri, Tumbuh Kembang Anak.	100	
		4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		5.	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤1,5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
		6.	Tidak adanya kejadian kematian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		7.	Kematian Pasien > 48 Jam	≤ 0,24%	2,02	0	0	0,7	0,64	2,2	8,33	3,12	0	0	1,8	0	41,6666667	
		8.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	0,67	0,62	1,29	1,4	0	2,2	1,8	4,1	0	0	0,9	0,7	100	
		9.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	90,11			90,22			90,15			90,02			100	
		10.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
11.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan	100%	98,3	98,3	98,3	96,34	98,07	97,7	98,06	99,45	99,38	99,09	99,18	98,94	0			

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		DATA DARI PELAYANAN												CAPAIAN		
		INDIKATOR	STANDAR	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
			dalam waktu ≤ 1 bulan															
		12.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	4 Minggu	100		
4	Radiologi	1.	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto	≤ 3 Jam	0.5 jam	0.5 jam	0.5 jam	0.5 jam	14 Menit	14 Menit	16 Menit	15 Menit	13 Menit	13 Menit	0.5 jam	14.2 Menit	100	
		2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter Spesialis Radiologi (100%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
		4.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	83,06			81,39			81,94			81,02			100	
5	Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah dan darah rutin)	79.28 Menit	62.11 Menit	54.34 Menit	57.40 Menit	56.39 Menit	58.83 Menit	58.99 Menit	59.05 Menit	63.15 Menit	58.53 Menit	60.73 Menit	57.84 Menit	100	
		2.	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. PK (100%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		4.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	85,35			82,5			87,22			88,24			100	
6	Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik Yang Direncanakan	≤ 50%	27,8	10,25	8,6	17,39	12,25	7,5	3,2	4	8,3	7,5	3,9	4,08	100	
		2.	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	86,06			83,33			83,24			83,75			100	
7	Farmasi	1a	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit	14 menit	14 menit	14 menit	14 menit	14 Menit	14 Menit	14 Menit	14 Menit	14 Menit	14 Menit	14 Menit	100		
		1b.	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	28 menit	28 menit	28 menit	28 Menit	28 Menit	28 Menit	28 Menit	28 Menit	28 Menit	28 Menit	28 Menit	28 Menit	100	
		2.	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	85,05			81,11			81,67			81,34			100	
4.	Penulisan Resep Sesuai Formularium	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
8	Gizi	1.	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		DATA DARI PELAYANAN												CAPAIAN	
		INDIKATOR	STANDAR	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
		2.	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	≤ 20%	4,85	4,55	4,34	4,08	6,06	6,06	5,95	6,08	6,08	6,43	5,92	5,59	100
		3.	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	Tranfusi Darah	1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% Terpenuhi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
		2.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
10	Pelayanan GAKIN	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan		100 % Terlayani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
11	Rekam Medik	1.	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		2.	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit	3 Menit	2 Menit	4 menit	4 Menit	4 Menit	5 Menit	5 Menit	6 Menit	6 Menit	7 Menit	6 Menit	7 Menit	100
		4.	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit	5 Menit	5 Menit	5 menit	6 Menit	5 Menit	7 Menit	9 Menit	9 Menit	8 Menit	8 Menit	7 Menit	5 Menit	100
12	Pengelolaan Limbah	1.	Baku mutu limbah cair	100%	100			100			100			100			100
		2.	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13	Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		2.	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	100												100
		3.	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100												100
		4.	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala	100%	100												100
		5.	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun	≥ 60 %	25,9												0

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		DATA DARI PELAYANAN												CAPAIAN		
		INDIKATOR	STANDAR	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	143,57	155,45	128,86	189,59	153,16	184,78	136,26	225,20	124,1	77,57	98,89	382,96	100	
		7.	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100			100			100			100			100	
		8.	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 2 Jam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		9.	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu	100%	100						100						100	
14	Ambulance/ Mobil Jenazah	1.	Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	100	
		2.	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di Rumah Sakit	Maks.30 menit (100%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Waktu Tanggap (Response Time) Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat Yang Memerlukan	≤ 60 Menit (100%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15	Pemulasaraan Jenazah	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 Jam	0,5 Jam	-	-	1 Jam	1 Jam	1 Jam	0,5 Jam	0,5 Jam	-	-	0,5 Jam	-	100		
16	Pelayanan Pemeliharaan Sarana	1.	Kecepatan Waktu menanggapi Kerusakan Alat	≥ 80%	94,92	94,29	94,92	93,93	93,63	94,44	93,75	93,96	92,85	92,14	91,83	92,05	100	
		2.	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
		3.	Peralatan Laboratorium, Elektromedik, Alkes Lain Dan Alat Ukur Yang Digunakan Dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Ketentuan Kalibrasi	100%	100												100	
17	Pelayanan Laundry	1.	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		DATA DARI PELAYANAN												CAPAIAN		
		INDIKATOR	STANDAR	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
		2.	Ketepatan Waktu Untuk Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
18	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / departemen	75%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI ( Health Care Associated Infection) di RS ( Min 1 parameter )	75%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Nilai SPM 2021</b>				<b>96,60</b>												<b>96,60</b>		

Adapun hasil pencapaian target SPM RS Jiwa Daerah Surakarta tahun 2021 dapat dilihat pada tabel 2.3 berikut :

**Tabel 2.3 Hasil Capaian SPM RS. Jiwa Daerah Surakarta Tahun 2021**

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		CAPAIAN	
		INDIKATOR	STANDAR		
1	Gawat Darurat	1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100
		2.	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	100
		3.	Pemberi Pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100
		4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	100
		5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	100
		6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	100
		7.	Kematian Pasien < 24 Jam	≤ 2 ‰	100
		8.	Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam	100%	100
		9.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100
2	Rawat Jalan	1.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100
		2.	Ketersediaan Pelayanan di Rawat Jalan	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikitik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Psikogeriatri	100
		3.	Jam buka pelayanan 08.00 s/d 13.00 Setiap Hari Kerja kecuali Jumat : 08.00 s/d 11.00; dan Sabtu : 08.00 s/d 12.00	100%	100
		4.	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤60 Menit	100
		5.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	100
3	Rawat Inap	1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis dan Dokter Umum (100%)	100
				b. Perawat minimal pendidikan D3 (100%)	100

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		CAPAIAN	
		INDIKATOR	STANDAR		
		2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100
		3.	Ketersediaan Pelayanan rawat inap	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, Gangguan Mental Organik.	100
		4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 100%	100
		5.	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤1,5%	100
		6.	Tidak adanya kejadian kematian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100
		7.	Kematian Pasien > 48 Jam	≤ 0,24%	41,67
		8.	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %	100
		9.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	100
		10.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100
		11.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	0
		12.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	100
		4	Radiologi	1.	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
2.	Pelaksana Ekspertisi			Dokter Spesialis Radiologi (100%)	100
3.	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen			Kerusakan foto ≤ 2 %	100
4.	Kepuasan Pelanggan			≥ 80 %	100
5	Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah dan darah rutin)	100
		2.	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. PK (100%)	100
		3.	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100
		4.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	100
6	Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik Yang Direncanakan	≤ 50%	100
		2.	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		CAPAIAN	
		INDIKATOR	STANDAR		
		3.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	100
7	Farmasi	1a.	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit	100
		1b.	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	100
		2.	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%	100
		3.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	100
		4.	Penulisan Resep Sesuai Formularium	100%	100
8	Gizi	1.	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90%	100
		2.	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	≤ 20%	100
		3.	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%	100
9	Tranfusi Darah	1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% Terpenuhi	100
		2.	Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01%	100
10	Pelayanan GAKIN	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan		100 % Terlayani	100
11	Rekam Medik	1.	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%	100
		2.	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	100
		3.	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit	100
		4.	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit	100
12	Pengelolaan Limbah	1.	Baku mutu limbah cair	100%	100
		2.	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan	100%	100
13	Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100%	100
		2.	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	100
		3.	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100
		4.	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala	100%	100
		5.	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun	≥ 60 %	0



NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		CAPAIAN	
		INDIKATOR	STANDAR		
		6.	Cost Recovery	≥ 40 %	100
		7.	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100
		8.	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 2 Jam	100
		9.	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu	100%	100
14	Ambulance/ Mobil Jenazah	1.	Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah	24 Jam	100
		2.	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di Rumah Sakit	Maks.30 menit (100%)	100
		3.	Waktu Tanggap ( <i>Response Time</i> ) Pelayanan Ambulance oleh Masyarakat Yang Membutuhkan	≤ 60 Menit (100%)	100
15	Pemulasaraan Jenazah	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 Jam	100	
16	Pelayanan Pemeliharaan Sarana	1.	Kecepatan Waktu menanggapi Kerusakan Alat	≥ 80%	100
		2.	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	100
		3.	Peralatan Laboratorium, Elektromedik, Alkes Lain Dan Alat Ukur Yang Digunakan Dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Ketentuan Kalibrasi	100%	100
17	Pelayanan Laundry	1.	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang	100%	100
		2.	Ketepatan Waktu Untuk Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	100%	100
18	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	100
		2.	Tersedia APD di setiap instalasi / departemen	75%	100
		3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (Min 1 parameter)	75%	100
<b>Nilai SPM 2021</b>				<b>96,60</b>	

Jenis pelayanan dengan indikator yang nilainya tidak memenuhi standar SPM :

**Tabel 2.4 Capaian Indikator Yang Belum Memenuhi Target SPM**

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		CAPAIAN	
		INDIKATOR	STANDAR		
1	Rawat Inap	7.	Kematian Pasien > 48 Jam	≤ 0,24%	41,67
		11.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	0
2	Administrasi dan Manajemen	5.	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun	≥ 60 %	0
<b>Nilai SPM 2021</b>					<b>96,60</b>

### C. Evaluasi Hasil Capaian Standar Pelayanan Minimal

Evaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RS Jiwa Daerah Surakarta dilakukan setiap saat dan dilaporkan secara berkala. Berdasarkan tabel 2.3 diketahui bahwa dari 18 jenis pelayanan yang ada, RS Jiwa Daerah Surakarta memiliki 75 Indikator SPM dengan dengan standar yang berbeda untuk masing-masing indikator. Dari 75 indikator tersebut sebanyak 73 indikator telah memenuhi standar dan tiga indikator yang tidak memenuhi standar yang telah ditetapkan.

Jenis pelayanan dengan indikator yang nilainya tidak memenuhi SPM sebagaimana tabel 2.4 adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Instalasi Rawat Inap, terdapat dua indikator yang tidak memenuhi standar yaitu :
  - a. Indikator Kematian Pasien > 48 Jam dengan standar ≤ 0,24%, Indikator ini tidak mencapai standar yang ditetapkan karena selama tahun 2021 masih berlangsung pandemi Covid-19 dimana RS Jiwa Daerah Surakarta membuka pelayanan pengobatan pasien Covid-19. Pasien yang meninggal selama pandemi yang berlangsung di Tahun 2021 yaitu pada bulan Januari, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, November Sebagian besar adalah pasien Covid-19 akibat gagal napas.
  - b. Indikator Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan dengan standar 100%, sepanjang Bulan Januari sampai dengan Desember 2021 nilai SPM

indikator ini tidak pernah memenuhi standar, hal ini dikarenakan beberapa faktor, antara lain kondisi keluarga yang tidak kondusif baik secara sosial maupun ekonomi, kurangnya pemahaman keluarga tentang cara perawatan pasien selama rawat jalan dan juga faktor lingkungan sosial di mana masyarakat masih mempunyai stigma negatif terhadap orang yang pernah menderita gangguan jiwa.

## 2. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

Pelayanan Administrasi dan Manajemen dengan Indikator Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun pada tahun 2021 belum memenuhi standar dikarenakan adanya pandemi Covid-19 yang menyebabkan pelatihan-pelatihan pegawai tidak dapat dilaksanakan. Jumlah pegawai yang sudah mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun sebanyak 150 pegawai dari jumlah total pegawai sebanyak 579 pegawai per Desember 2021.

### **Upaya Yang Sudah Dilakukan :**

1. Upaya yang sudah dilakukan pada pelayanan Instalasi Rawat Inap adalah :
  - a. Melakukan penambahan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia untuk penanganan pasien Covid-19 dengan menambah TT ketersediaan ruang pasien covid-19 dengan peralatan yang lengkap seperti ventilator, pengadaan oksigen central dan lain-lain.
  - b. Melakukan edukasi kepada keluarga pasien tentang cara perawatan pasien rawat jalan, serta sosialisasi kepada masyarakat dalam upaya mengurangi stigma negatif terhadap orang-orang yang pernah mengalami gangguan jiwa.
2. Upaya yang sudah dilakukan pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen adalah :
  - a. Melakukan pelatihan karyawan secara daring/online untuk dapat meningkatkan kompetensi dan memenuhi hak pegawai untuk menambah kompetensi sesuai bidangnya masing-masing.

#### **D. Rencana Perbaikan Yang Akan Dilakukan :**

Dari hasil laporan Standar Pelayanan Minimal tahun 2021 dapat dievaluasi beberapa pelayanan yang belum memenuhi standar. Dari hasil evaluasi tersebut diharapkan dapat dilakukan rencana perbaikan agar dalam pelaksanaan pelayanan ke depannya menjadi semakin baik sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, sehingga mutu pelayanan di rumah sakit menjadi lebih optimal. Adapun rencana perbaikan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Rencana perbaikan pada pelayanan Instalasi Rawat Inap adalah:
  - a. Melakukan evaluasi dan tindak lanjut pada penanganan pada pasien jiwa supaya tidak terjadi kejadian re-admission pada pasien gangguan jiwa.
  - b. Menambah sarana, prasarana terkait perawatan untuk pasien Covid-19, menjadi Rumah Sakit mendukung program percepatan vaksinasi Covid-19 pemerintah.
2. Rencana perbaikan pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen adalah :
  - a. Melakukan pelatihan karyawan secara daring/online untuk dapat meningkatkan kompetensi dan memenuhi hak pegawai untuk menambah kompetensi sesuai bidangnya masing-masing.

### BAB III

## PENUTUP

Pelaporan rutin dan evaluasi terhadap pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal yang dilakukan RS Jiwa Daerah Surakarta dimaksudkan agar dapat diketahui indikator-indikator SPM yang belum sesuai standar atau belum sesuai dengan standar mutu pelayanan untuk dilakukan perbaikan sehingga akan memberikan kepuasan bagi pasien/pelanggan.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan standar, diharapkan dilakukan pembinaan terhadap petugas berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :

- a). Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
- b). Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
- c). Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
- d). Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Diharapkan dengan tersusunnya laporan evaluasi Standar Pelayanan Minimal ini, dapat segera dilakukan perbaikan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan yang semakin optimal.

Surakarta, 10 Maret 2022

Direktur RS Jiwa Daerah Surakarta  
Provinsi Jawa Tengah



**dr. TRI KUNCORO, MMR**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19650526 199703 1 006