

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Undang-undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan bahwa Kesehatan merupakan keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif sedangkan pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada seseorang dan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan atau paliatif. Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.

Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah, dimana Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya. Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Rumah Sakit pada hakekatnya berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar Pelayanan Minimal juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan layanan Umum Daerah terhadap masyarakat. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta

pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara harus dapat menunjukkan akuntabilitasnya baik secara teknis maupun keuangan, terhadap Pemerintah Provinsi Sulawesi Tenggara dan terhadap masyarakat. Dengan adanya standar pelayanan minimal dapat dijadikan indikator dan target pencapaian kinerja yang dapat diterima oleh pemerintah dan masyarakat dengan optimalisasi dan pengembangan sumber daya dan prosedur pelayanan yang ada.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan: Standar pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Laporan capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan bentuk pertanggungjawaban terhadap aktivitas rumah sakit yang pada akhirnya akan menjadi tolak ukur keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga wajib dilaksanakan. Hal ini selaras dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/ II /2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

B. Maksud dan Tujuan

Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, Pelaksanaan dan Pengendalian serta pengawasan dan Pertanggung jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal Rumah Sakit.

Sebagai instrumen pengendalian Rumah Sakit, maka Standar Pelayanan Minimal menjadi hal yang wajib dilaksanakan oleh unit-unit pelayanan yang ada, dengan tujuan:

1. Menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan rumah sakit dengan mutu tertentu yang dilakukan masing-masing unit pelayanan untuk Triwulan IV Tahun 2024.
2. Menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan suatu layanan sesuai klasifikasi rumah sakit, sehingga SPM dapat menjadi dasar penentuan kebutuhan pembiayaan belanja Rumah Sakit umum Daerah Bahteramas.
3. Menentukan usulan perimbangan keuangan dan/atau bantuan lain fungsi pelayanan kesehatan yang lebih adil dan transparan dari pemerintah pusat atau pihak lain.
4. Meningkatkan akuntabilitas Rumah Sakit terhadap masyarakat. Sebaliknya, masyarakat dapat mengukur sejauhmana Rumah Sakit dapat memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanannya.
5. Memperjelas tugas pokok Rumah Sakit dan mendorong terwujudnya *checks and balances* yang efektif.
6. Mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan pelayanan rumah sakit.

BAB II
RUANG LINGKUP PENILAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
DI RUMAH SAKIT UMUM BAHTERAMAS PROVINSI SULAWESI TENGGARA

Ruang lingkup Penilaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara yang wajib dilakukan penilaian dan evaluasi sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II /2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang ditindak lanjuti dengan Peraturan Gubernur Nomor 21 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Minimal RSU Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara meliputi:

A. Pelayanan Medis dan Keperawatan

No	Pelayanan	Indikator		Standar
1	Pelayanan Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100%
		2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat (ATLS/CLS/PPGD/GELS) yang <u>masih berlaku</u>	100%
		3	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Satu tim
		4	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam
		5	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
		6	Tidak adanya keharusan Membayar Uang muka	100%
		7	Kematian pasien di IGD	≤ 2 perseribu
		8	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 70%
2	Pelayanan Rawat Jalan	1	Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit
		2	Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis	100% dokter spesialis
		3	Jam Buka Pelayanan Rawat jalan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at :

No	Pelayanan	Indikator	Standar
			08.00-11.00 dan hari Sabtu : 08.00 s/d 12.00
		4 Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit
		5 Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%
		6 Pasien rawat jalan yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
		7 Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih
		8 Peresapan obat sesuai formularium	100%
		9 Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%
		10 Kepuasan Pasien	≥ 90%
3	Rawat Inap	1 Ketersediaan Pelayanan dirawat Inap	100%
		2 Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	100%
		3 Tempat Tidur dengan Pengaman	100%
		4 Kamar Mandi dengan Pengaman Pegangan Tangan	100%
		5 Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%
		6 Jam visite dokter spesialis jam 08.00 s/d 14.00	100%
		7 Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%
		8 Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%
		9 Pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
		10 Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%
		11 Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%
		12 Kematian pasien > 48 jam	≤ 24 perseribu
		13 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%

No	Pelayanan	Indikator		Standar
		14	Kepuasan pasien	≥ 90%
4	Bedah Sentral	1	Ketersediaan Tim Operator	RS Tipe B
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	RS Tipe B
		3	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif	100%
		4	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari
		5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		9	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6%
		10	Kejadian Kematian di Meja Operasi	≤ 1%
		11	Kepuasan pelanggan	≥ 90%
5	Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%
		2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia Tim Ponek Terlatih
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%
		4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%
		5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio sesaria	≤ 20%
		7	Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh dokter SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100%
		8	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%
		9	Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-klampsia ≤

No	Pelayanan	Indikator		Standar
				30% c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		10	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
6	Pelayanan Intensif	1	Pemberian pelayanan	Sesuai kelas dan standar ICU
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas dan standar ICU
		3	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas dan standar ICU
		4	Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100%
		5	Kejadian infeksi nosokomial	$\leq 9\%$
		6	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3\%$
		7	Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
7	Pelayanan Gakin	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia
		2	Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada
		3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit
		4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada keluarga miskin	100%
		5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100% dilayani dengan kartu BPJS dan Bahteramas dengan rujukan
		6	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
8	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75 %
		2	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departemen	$\geq 60\%$
		3	Rencana Program PPI	Ada
		4	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%
		5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%

No	Pelayanan	Indikator		Standar
		6	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/Health Care Associated Infection (HAI) di Rumah Sakit	≥ 75%

B. Pelayanan Penunjang

No	Pelayanan	Indikator		Standar
1	Pelayanan Radiologi	1.	Pemberian pelayanan Radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer
		2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS
		3.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 Jam
		4.	Kerusakan foto	Kerusakan foto <2 %
		5.	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%
		6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	100%
		7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
2	Pelayanan Patologi Klinik	1.	Pemberi pelayanan patologi klinik	Sesuai kelas RS
		2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS
		3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit Kimia darah & darah rutin
		4.	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%
		5.	Kemampuan memeriksa HIV AIDS	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen
		6.	Kemampuan mikroskopik TB paru	Tersedia tenaga dan peralatan
		7.	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spesialis patologi klinik
		8.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan	100%

No	Pelayanan	Indikator	Standar
		laboratorium	
		9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %
		10. Jumlah pemeriksaan yang di ulang	<2%
		11. Jlh parameter yg diperiksa yg sesuai	100 %
		12. Kepuasan pelanggan	≥80 %
3	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Pemberian pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan RS
		2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan RS
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %
		4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
4	Pelayanan Kefarmasian	1. Pemberian pelayanan farmasi	Sesuai kelas RS
		2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas RS
		3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 tahun
		4. Waktu tunggu pelayanan Obat jadi	≤ 30 menit
		5. Waktu tunggu pelayanan Obat racikan	≤ 60 menit
		6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		8. Penulisan resep sesuai formularium	100 %
5	Pelayanan Gizi	1. Pemberian pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan tersedia
		2. Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan tersedia

No	Pelayanan	Indikator	Standar
		3. Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	100 %
		4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %
		5. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
6	Pelayanan Tranfusi Darah	1. Tenaga penyedia pelayanan BDRS	Sesuai standar BDRS
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan BDRS	Sesuai standar BDRS
		3. Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %
		4. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
7	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam
		2. Penyediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Supir ambulans terlatih
		3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
		4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ mobil jenazah di RS	≤ 30 menit
		5. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah kepada masyarakat yg membutuhkan	≤ 30 menit
		6. Tidak terjadi kecelakaan ambulans berakibat kematian	100%
		7. Kepuasan pasien	≥ 80 %
8	Perawatan jenazah	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam
		2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS
		3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur
		4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	15 menit setelah dikamar jenazah
		5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%

No	Pelayanan	Indikator		Standar
		6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%
		7.	Kepuasan pasien	≥ 80 %
9	Pelayanan Laundry	1.	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia
		2.	Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur
		3.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia
		4.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%
		5.	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %
		6.	ketersediaan linen	2,5-3 set tiap TT
		7.	ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%

C. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No	Pelayanan	Indikator		Standar
1	Rekam Medik	1	Pemberi pelayanan rekam medic	Sesuai persyaratan
		2	Waktu penyedia dokumen rekam medik rawat jalan	≤ 10 menit
		3	Waktu Penyediaan dokumen rekam medik rawat inap	≤ 15 menit
		4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		5	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		6	Kepuasan pelanggan	≥ 80%
2	Pengolahan Limbah	1	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes no. 1204 thn 2004)
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat dan cair	Sesuai peraturan perundangan

No	Pelayanan	Indikator		Standar
		3	Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan
		4	Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan
		5	Baku mutu limbah cair	a. BOD \leq 30 mg/l b. COD \leq 80 mg/l c. TSS \leq 200 mg/l d. PH 6-9
3	Administrasi dan Manajemen	6	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktural organisasi	\geq 90%
		7	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada
		8	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada
		9	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada
		10	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada
		11	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada
		12	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		13	Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		14	Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		15	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	\geq 90%
		16	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		17	Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	\leq 2 jam
		18	Cost recovery	\geq 60%
		19	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%
		20	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	\geq 60%
		21	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%

No	Pelayanan	Indikator		Standar
3	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit	1	Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur
		2	Ketersediaan Bengkel Kerja	Tersedia
		3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥ 80%
		4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%
		5	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%
		6	Alat ukur dan Alat Laboratorium yang dikalibrasi Tepat Waktu	100%
4	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75 %
		2	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departmen	≥ 60%
		3	Rencana Program PPI	Ada
		4	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%
		5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%
		6	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/Health Care Associated Infection (HAI) di Rumah Sakit	≥ 75%
5	Pelayanan Keamanan	1	Petugas Keamanan Bersertifikat Keamanan	100%
		2	Sistem Pengamanan	Ada
		3	Petugas Keamanan Melakukan Keliling Rumah Sakit	Setiap jam
		4	Evaluasi Terhadap System Keamanan	setiap 3 bulan
		5	Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung dan Karyawan yang hilang	100%
		6	Kepuasan pelanggan	≥ 90%

BAB III METODE EVALUASI

Penilaian dan Evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal dilaksanakan dengan metode sebagai berikut:

1. Pengumpulan data oleh masing-masing Unit Pelayanan dan bagian terkait dengan cara mengisi form yang telah disiapkan.
2. Setiap bulan format dikumpulkan oleh kolektor masing masing instalasi/bagian/unit diketahui dan di setujui oleh kepala instalasi/ruangan
3. Analisis data dilaksanakan oleh Bidang dan Bagian Terkait.
4. Dari hasil analisis diajukan rekomendasi untuk mempertahankan dan meningkatkan penerapan Standar Pelayanan Minimal RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
5. Laporan evaluasi disampaikan ke semua unit terkait.

BAB IV
HASIL CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RSU BAHTERAMAS PROVINSI SULAWESI TENGGARA

A. Capaian SPM Triwulan IV Tahun 2024

Standar Pelayanan Minimal yang digunakan di RSUD Bahteramas mengacu pada SK Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tanggal 6 Februari Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, dan berikut hasil capaian indikator setiap unit Pelayanan RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara untuk Triwulan IV Tahun 2024 sebagai berikut:

NO	PELAYANAN	JUMLAH	TRIWULAN IVTAHUN 2024	
			TERCAPAI	%
A	Pelayanan Medis dan Keperawatan			
1	Pelayanan Gawat Darurat	8	7	88%
2	Pelayanan Rawat Jalan	10	9	90%
3	Rawat Inap	14	12	86%
4	Bedah Sentral	11	9	82%
5	Persalinan, Perinatologi (Kecuali rumah sakit khusus di luar rumah)	10	9	90%
6	Pelayanan Intensif	7	6	86%
7	Pelayanan Gakin	6	5	83%
8	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	6	5	83%
B	Pelayanan Medis dan Keperawatan			
1	Radiologi	7	7	100%
2	Patologi Klinik	11	11	100%
3	Rehabilitasi Medik	6	6	100%
4	Instalasi Farmasi	8	5	63%
5	Instalasi Gizi	6	5	83%
6	Transfusi Darah	5	3	60%
7	Ambulance	7	7	100%
8	Perawatan Jenazah	7	7	100%
9	Binatu/ Laundry	7	7	100%
C	Administrasi dan Manajemen			
1	Rekam Medik	6	5	83%
2	Pengelolaan Limbah	5	5	100%
3	Administrasi dan Manajemen	16	14	88%
4	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	6	4	67%
5	Pelayanan Keamanan	6	4	67%
Jumlah		175	152	87%

B. Capaian SPM Triwulan IV Tahun 2024 pada Setiap Unit Pelayanan

Hasil pengumpulan, pengolahan data SPM Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan, Pelayanan Penunjang, serta Administrasi dan Manajemen Triwulan IV Tahun 2024 adalah sebagai berikut :

1. Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
1	Pelayanan Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100%	100%	100%	
		2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat (ATLS/CLS/PPGD/GELS) yang <u>masih berlaku</u>	100%	100% (dokter 100%, perawat 100%)	100% (dokter 100%, perawat 100%)	
		3	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	
		4	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	24 jam	24 jam	
		5	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	3 menit terlayani setelah pasien datang	3 menit terlayani setelah pasien datang	
		6	Tidak adanya keharusan Membayar Uang muka	100%	100%	100%	
		7	Kematian pasien di IGD	≤ 2 perseribu	5,98 perseribu		4,54 perseribu
		8	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 70%	87,80%	86,11%	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
2	Pelayanan Rawat Jalan	1	Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit	57 Spesialis dan 8 Sub Spesialis	58 Spesialis dan 9 Sub Spesialis	
		2	Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis	100% dokter spesialis	100%	100%	
		3	Jam Buka Pelayanan Rawat jalan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00-11.00 dan hari Sabtu : 08.00 s/d 12.00	100% terlaksana sesuai ketentuan	100% terlaksana sesuai ketentuan	
		4	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	29,27 menit	28,17 menit	
		5	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	100%	100%	
		6	Pasien rawat jalan yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	
		7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter	Tersedia tenaga terlatih konselor, Perawat, Tenaga Laboratorium dan Dokter	
		8	Peresapan obat sesuai formularium	100%	100%	100%	
		9	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	100%	100%	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
		10	Kepuasan Pasien	≥ 90%	87,00%		84,82%
3	Rawat Inap	1	Ketersediaan Pelayanan dirawat Inap	100%	100%	100%	
		2	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	100%	100%	100%	
		3	Tempat Tidur dengan Pengaman	100%	100%	100%	
		4	Kamar Mandi dengan Pengaman Pegangan Tangan	100%	96,59%	100%	
		5	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	
		6	Jam visite dokter spesialis jam 08.00 s/d 14.00	100%	93,96%		92,01%
		7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0%	0%	
		8	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	0%	0%	
		9	Pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	
		10	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	100%	100%	
		11	Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	0,30%	0,19%	
		12	Kematian pasien > 48 jam	≤ 24 perseribu	2,5 perseribu	2,43 Perseribu	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
		13	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100% (tidak ada pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian)	100% (tidak ada pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian)	
		14	Kepuasan pasien	≥ 90%	79,87%		76,25%
4	Bedah Sentral	1	Ketersediaan Tim Operator	RS Tipe B	66,6% Tersedia	66,6% Tersedia	
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	RS Tipe B	98%		98%
		3	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif	100%	100%	100%	
		4	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	1 Hari	1 Hari	
		5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	
		6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	
		7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	
		8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	
		9	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan ET	≤ 6%	0%	0%	
		10	Kejadian Kematian di Meja Operasi	≤ 1%	0%	0%	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
		11	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	75,58%		82,07%
5	Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100% dokter SPOG dan Bidan	100% dokter SPOG dan Bidan	
		2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia Tim Ponek Terlatih	Tersedia Tim PONEK Terlatih	Tersedia Tim PONEK Terlatih	
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	100%	
		4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%	100%	100%	
		5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	100%	100%	
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio sesaria	≤ 20%	67,95%		68,04%
		7	Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh dokter SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100%	100% dilakukan dokter SpOG dan Sp .Bedah	100% dilakukan dokter SpOG dan Sp .Bedah	
		8	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100%	
		9	Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-klampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2%	a. Perdarahan ≤ 0% b. Pre-klampsia ≤ 0% c. Sepsis ≤ 0%	a. Perdarahan ≤ 0% b. Pre-klampsia ≤ 0% c. Sepsis ≤ 0%	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
		10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75,25%	80,45%	
6	Pelayanan Intensif	1	Pemberian pelayanan	Sesuai kelas dan standar ICU	100%	100%	
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas dan standar ICU	95%	95%	
		3	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas dan standar ICU	100% (8 bed dengan monitoring dan ventilator 8 bed)	100% (12 bed dengan monitoring dan ventilator 12 bed)	
		4	Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100%	93,06%		93,66%
		5	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9%	0%	0%	
		6	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0%	0%	
		7	Kepuasan pelanggan	≥ 70%	82,80%	84,84%	
7	Pelayanan Gakin	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
		2	Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada	Ada	Ada	
		3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	
		4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada keluarga miskin	100%	100% tidak ada tambahan	100% tidak ada tambahan	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
		5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100% dilayani dengan kartu BPJS dan Bahteramas dengan rujukan	100% dilayani dengan kartu BPJS dan Bahteramas dengan rujukan	100% dilayani dengan kartu BPJS dan Bahteramas dengan rujukan	
		6	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	74,67%		74,67%
8	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75 %	100% terlaksana sesuai ketentuan	100% terlaksana sesuai ketentuan	
		2	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departmen	≥ 60%	100%	100%	
		3	Rencana Program PPI	Ada	Ada	Ada	
		4	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana	100%	80,00%	100%	
		5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	95,78%		95,94%
		6	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/Health Care Associated Infection (HAI) di Rumah Sakit	≥ 75%	100%	100%	

Secara umum pencapaian kinerja indikator SPM Triwulan IV Tahun 2024 di Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan sudah baik hal ini terlihat dari sebagian besar indikatornya yang telah mencapai target. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai antara lain:

- a. Pelayanan Gawat Darurat; Angka kematian pasien IGD termasuk masih tinggi yaitu 4,54 perseribu, menurun dari periode sebelumnya, tapi masi tidak terpenuhi dari standar SPM hal ini bisa terjadi karena RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan rumah sakit rujukan tertinggi (tersier) untuk Sulawesi Tenggara sehingga banyak pasien yang datang ke IGD RSUD Bahteramas sudah dalam kondisi kritis (*probability of survival*) rendah.
- b. Pelayanan Rawat Jalan; indikator yang belum memenuhi target yaitu Penilaian kepuasan pasien di rawat jalan belum memenuhi target yaitu $\geq 90\%$ hanya 84,82%, beberapa penyebab ketidakpuasan pasien seperti komunikasi petugas, kejelasan informasi serta waktu tunggu.
- c. Pelayanan Rawat Inap; ada beberapa indikator yang belum terpenuhi yaitu:
 - 1) Jam visite dokter spesialis Jam 08.00 s/d 14.00 sebanyak 92,01% yang tepat waktu seharusnya 100%, hal ini diakibatkan karena beberapa dokter melakukan pelayanan rawat jalan dan tindakan operasi terlebih dahulu baru melakukan visite di Rawat Inap;
 - 2) Kepuasan pasien rawat inap pada hanya 76,25% yang seharusnya $\geq 90\%$.
- d. Pelayanan Bedah Sentral; dua indikator yang belum terpenuhi yaitu:
 - 1) Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Kamar Operasi sesuai dengan Standar RS Tipe yaitu 98%;
 - 2) Kepuasan pelanggan pada hanya 82,07% seharusnya $\geq 90\%$
- e. Persalinan dan Perinatologi; ada dua indikator yang belum terpenuhi yaitu:

Pertolongan Persalinan melalui seksio sesaria masih sangat tinggi pada yaitu 68,04% meningkat dari Periode sebelumnya pada Triwulan III, hal ini disebabkan karena RSUD Bahteramas sebagai Pusat Rujukan sehingga pasien yang dirujuk adalah pasien dengan penyulit persalinan yang harus dilakukan tindakan persalinan dengan seksio sesaria; Indikasi SC terbanyak yang dirujuk ke RSUD Bahteramas adalah pasien dengan Riwayat SC dan Pasien Inpartu dengan Penyulit.

- f. Pelayanan Intensif; indikator yang belum terpenuhi yaitu; Kepatuhan Hand Hygiene petugas ICU hanya 93,66% yang seharusnya 100%;
- g. Pelayanan Keluarga Miskin; Indikator yang Belum terpenuhi yaitu kepuasan Pelanggan yang seharusnya $\geq 80\%$ hanya 74,67%.
- h. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); indikator yang belum tercapai yaitu Kepatuhan Penggunaan APD saat melaksanakan tugas hanya 95,94% yang seharusnya 100%.

2. Lingkup Pelayanan Penunjang

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		Tidak Terpenuhi
					Terpenuhi		
1	Pelayanan Radiologi	1.	Pemberian pelayanan Radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	
		2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	
		3.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 Jam	1 Jam	1 Jam	
		4.	Kerusakan foto	Kerusakan foto < 2 %	0,3 %	0,1 %	
		5.	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	
		6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	100%	100%	100%	
		7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	83,54 %	81,58 %	
2	Pelayanan Patologi Klinik	1.	Pemberian pelayanan patologi klinik	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	
		2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	
		3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit Kimia darah & darah rutin	54 Menit	60 Menit	
		4.	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	
		5.	Kemampuan memeriksa HIV AIDS	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	Tersedia	Tersedia	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
		6.	Kemampuan mikroskopik TB paru	Tersedia tenaga dan peralatan	Tersedia	Tersedia	
		7.	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spesialis patologi klinik	Tersedia	Tersedia	
		8.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100 %	100 %	
		9.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100 %	
		10.	Jlh parameter yg diperiksa yg sesuai	100 %	100%	100 %	
		11.	Kepuasan pelanggan	≥80 %	82,59 %	82,50 %	
3	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1.	Pemberian pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan RS	Sesuai persyaratan RS	Sesuai persyaratan RS	
		2.	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan RS	Sesuai persyaratan RS	Sesuai persyaratan RS	
		3.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100 %	
		4.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %	0 %	0 %	
		5.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	82,71 %	81,8 %	
4	Pelayanan Kefarmasian	1.	Pemberian pelayanan farmasi	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
		2.	Fasilitas dan peralangan pelayanan farmasi	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	
		3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 tahun	Tersedia	Tersedia	
		4.	Waktu tunggu pelayanan Obat jadi	≤ 30 menit	36 Menit		39 Menit
		5.	Waktu tunggu pelayanan Obat racikan	≤ 60 menit	46 Menit	39 Menit	
		6.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	100 %	100 %	
		7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	82, 73 %		79,36 %
		8.	Penulisan resep sesuai formularium	100 %	99 %		99 %
5	Pelayanan Gizi	1.	Pemberian pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan tersedia	Sesuai pola ketenagaan tersedia	Sesuai pola ketenagaan tersedia	
		2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan tersedia	Sesuai pola ketenagaan tersedia	Sesuai pola ketenagaan tersedia	
		3.	Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	100 %	100 %	100 %	
		4.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	100 %	100 %	
		5.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	6 %	3 %	
		6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	75,50 %		76, 6 %

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		Tidak Terpenuhi
					Terpenuhi		
6	Pelayanan Tranfusi Darah	1.	Tenaga penyedia pelayanan BDRS	Sesuai standar BDRS	Sesuai standar BDRS	Sesuai standar BDRS	
		2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan BDRS	Sesuai standar BDRS	Sesuai standar BDRS	Sesuai standar BDRS	
		3.	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0 %	0 %	
		4.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % Terpenuhi	92 %		95 %
		5.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	77, 79 %		74,59 %
7	Ambulance/ Kereta Jenazah	1.	Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	
		2.	Penyediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Supir ambulans terlatih	Supir ambulans terlatih	Supir ambulans terlatih	
		3.	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	
		4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ mobil jenazah di RS	≤ 30 menit	12 Menit	11 Menit	
		5.	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah kepada masyarakat yg membutuhkan	≤ 30 menit	16 Menit	14 Menit	
		6.	Tidak terjadi kecelakaan ambulans berakibat	100%	100%	100%	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024		
				Triwulan III	Triwulan IV	
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi
			kematian			
		7.	Kepuasan pasien	≥ 80 %	82,28 %	83,10 %
8	Perawatan jenazah	1.	Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	Tersedia	Tersedia
		2.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS
		3.	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur
		4.	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	15 menit setelah dikamar jenazah	2 Menit	5,4 Menit
		5.	Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	100%	100%
		6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	100%
		7.	Kepuasan pasien	≥ 80 %	82,28 %	83,10 %
9	Pelayanan laundry	1.	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		2.	Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur
		3.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		4.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang	100%	100%	

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024		
				Triwulan III	Triwulan IV	
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi
		elayanan				
		5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	100 %	100 %	
		6. ketersediaan linen	2,5-3 set tiap TT	19	19	
		7. ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	100 %	

Secara umum pencapaian kinerja indikator SPM Triwulan IV Tahun 2024 di Lingkup Pelayanan penunjang sudah baik hal ini terlihat dari sebagian besar indikatornya yang telah mencapai target. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai antara lain:

- a. Pelayanan Radiologi Klinik semua indikator tercapai
- b. Pelayanan Rehabilitasi Medik semua indikator tercapai
- c. Pelayanan Patologi Klinik semua indikator tercapai
- d. Pelayanan kefarmasian; indikator yang belum memenuhi target yaitu:
 - 1) Penulisan resep sesuai formularium hanya 99%, belum semua dokter yang menulis resep patuh terhadap Formularium Nasional maupun Rumah Sakit.
 - 2) Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi yang 39 Menit hal ini diakibatkan karena adanya pelayanan obat secara bersamaan, pelayanan pasien Poliklinik dimulai secara bersamaan sehingga terjadi penumpukan resep.
 - 3) Kepuasan Pelanggan 79.36% yang seharusnya $\geq 80\%$, hal ini diakibatkan karena waktu tunggu yang lama
- e. Pelayanan Gizi; ada satu indikator yang belum memenuhi target yaitu: Kepuasan Pelanggan hanya 76,6% yang seharusnya $\geq 80\%$
- f. Pelayanan Transfusi Darah; Tiga indikator yang belum terpenuhi yaitu:
 - 1) Tenaga penyedia pelayanan UTDRS yang belum memenuhi standar dalam hal jumlah dan pendidikan
 - 2) Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi baru terpenuhi 95%, yang seharusnya 100%, permintaan jumlah darah melebihi dari ketersediaan darah yang ada di UTDRS
 - 3) Kepuasan Pelanggan hanya 74,59% yang seharusnya $\geq 80\%$
- g. Pelayanan Perawatan Jenazah; semua indikator tercapai
- h. Pelayanan Laundry; semua indikator tercapai

3. Lingkup Administrasi dan Manajemen

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Tahun 2024			
				Triwulan III	Triwulan IV		
					Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	
1	Rekam Medik	1	Pemberi pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	100%	100%	
		2	Waktu penyedia dokumen rekam untuk rawat jalan	≤ 10 menit	Terpenuhi (Sudah tidak ada Pengataraan status di poli)	Terpenuhi (Sudah tidak ada Pengataraan status di poli)	
		3	Waktu Penyediaan dokumen rekam untuk rawat inap	≤ 15 menit	15 menit	15 menit	
		4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	44,69%		47,99%
		5	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	
		6	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	83,00%	91,44%	
2	Pengolahan Limbah	1	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes no. 1204 thn 2004)	Ada penanggung jawab dengan SK Direktur	Ada penanggung jawab dengan SK Direktur	
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat dan cair	Sesuai peraturan perundangan	Dilakukan dengan dipihak ketiga PT. Mitra Hijau Asia	Dilakukan dengan dipihak ketiga PT. Mitra Hijau Asia	
		3	Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan	Tersedia	Tersedia	

				perundangan	(Limbah Cair Dialirkan Melalui Saluran IPAL)	(Limbah Cair Dialirkan Melalui Saluran IPAL)	
		4	Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	Tersedia	Tersedia	
		5	Baku mutu limbah cair	a. BOD ≤ 30 mg/l b. COD ≤ 80 mg/l c. TSS ≤ 200 mg/l d. PH 6-9	a. BOD 2,76 mg/l b. COD 15,96 mg/l c. TSS 44,63 mg/l d. PH 6,19	a. BOD 1,76 mg/l b. COD 9,56 mg/l c. TSS 29,88 mg/l d. PH 7,15	
3	Administrasi dan Manajemen	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam 33 structural organisasi	≥ 90%	100%	100%	
		2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada	Ada	
		3	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	
		4	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	Ada	Ada	
		5	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Ada	
		6	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	
		7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	
		8	Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	
		9	Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	
		10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90%	100% (3 macam kegiatan, 3 kegiatan yang sudah terlaksana yakni 13 orang Izin Belajar/Tugas		50% (3 macam kegiatan, 2 kegiatan yang sudah terlaksana yakni 7 orang Izin Belajar/Tugas

					belajar, 44 orang UKOM, Kredensial 40 orang)		belajar, Kredensial 15 orang)
		11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	
		12	Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	100%	100%	
		13	Cost recovery	≥ 60%	102,84%	99,66%	
		14	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	
		15	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60%	4,47%		5,54%
		16	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	
4	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit	1	Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	
		2	Ketersediaan Bengkel Kerja	Tersedia	Tidak tersedia (2 bengkel sudah ada dan 2 bengkel yang belum tersedia)		Tidak tersedia (2 bengkel sudah ada dan 2 bengkel yang belum tersedia)
		3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥ 80%	96,33%	95,33%	
		4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	96,33%		96,33%
		5	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%	100%	100%	
		6	Alat ukur dan Alat Laboratorium yang dikalibrasi Tepat Waktu	100%	100%	100%	

5	Pelayanan Keamanan	1	Petugas Keamanan Bersertifikat Keamanan	100%	97,4% (dari 38 orang petugas, 37 orang yang memiliki sertifikat keamanan)		97,4% (dari 38 orang petugas, 37 orang yang memiliki sertifikat keamanan)
		2	Sistem Pengamanan	Ada	Ada	Ada	
		3	Petugas Keamanan Melakukan Keliling Rumah Sakit	Setiap jam	Setiap jam petugas melakukan keliling RS	Setiap jam petugas melakukan keliling RS	
		4	Evaluasi Terhadap System Keamanan	setiap 3 bulan	100% setiap bulan dievaluasi	100% setiap bulan dievaluasi	
		5	Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung dan Karyawan yang hilang	100%	100%	100%	
		6	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	83%		80,97%

Secara umum pencapaian kinerja indikator SPM Triwulan IV Tahun 2024 di Lingkup Administrasi dan Manajemen sudah baik hal ini terlihat dari seberapa besar indikatornya yang telah mencapai target. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai antara lain:

- a. Rekam Medik; ada dua indikator yang belum tercapai yaitu: Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai dilakukan pelayanan belum terpenuhi hanya 44,99% seharusnya 100%, hal ini disebabkan ketidakpatuhan.
- b. Pengolahan Limbah; semua indikator tercapai
- c. Administrasi dan Manajemen; ada dua indikator yang belum memenuhi target yaitu:
 - 1) Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 Jam Pertahun hanya 5,54% yang seharusnya $\geq 60\%$.
 - 2) Pelaksanaan rencana pengembangan SDM hanya 50% yang seharusnya $\geq 90\%$
- d. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; ada dua indikator yang belum memenuhi target yaitu:
 - 1) Ketersediaan bengkel kerja belum terpenuhi karena masih ada dua bengkel yang belum tersedia yang sesuai dengan standar
 - 2) Ketepatan waktu pemeliharaan alat belum terpenuhi hanya 96,33% seharusnya 100%
- e. Pelayanan Keamanan; dua indikator yang belum terpenuhi yaitu:
 - 1) Petugas Keamanan Bersertifikat Keamanan hanya 97,4% yang seharusnya 100%
 - 2) Kepuasan Pelanggan terhadap pelayanan Keamanan hanya 80,97% yang seharusnya $\geq 90\%$

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Standar Pelayanan Minimal RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Triwulan IV Tahun 2024 yang sudah tercapai 87%, beberapa indikator yang belum tercapai antara lain:

1. Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan masih ada 10 indikator yang belum tercapai dari Total 72 indikator.
2. Lingkup Pelayanan Penunjang masih ada 6 Indikator yang belum tercapai dari Total 64 Indikator.
3. Lingkup Administrasi dan Manajemen masih ada 7 indikator yang belum tercapai dari Total 39 Indikator.

B. Rekomendasi

Adapun langkah langkah yang akan dilakukan untuk meningkatkan mutu capaian kinerja dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat sebagai bentuk tanggungjawab RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara melalui pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal adalah:

1. Tertib administrasi kegiatan pencatatan dan pelaporan standar pelayanan minimal dari setiap unit pelayanan agar evaluasi capaian SPM RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dapat dilakukan dengan tepat waktu dengan hasil evaluasi yang akurat.
2. Peningkatan sarana dan prasarana sesuai dengan standar fasilitas RS Tipe B Pendidikan yang di rekomendasikan oleh Kementerian Kesehatan (Permenkes Nomor 56 Tahun 2014).
3. Peningkatan *respon time* pelayanan dengan dukungan dari pengembangan SIMRS dan untuk mendukung pelaksanaan *electronic rekam medic (eRM)* yang wajib dilaksanakan untuk semua fasilitas kesehatan per 1 Januari Tahun 2024 yang dapat mengurangi waktu tunggu pasien sehingga

meningkatkan kepuasan pasien dalam mendapatkan pelayanan di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

4. Peningkatan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) melalui pelatihan, *workshop*, Bimtek, dan lain-lain guna meningkatkan kemampuan dalam memberikan layanan yang profesional, beretika dan bermoral serta budaya.
5. Peningkatan manajemen risiko setiap unit kerja dalam rangka pencapaian target Standar Pelayanan Minimal di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Diharapkan dengan dukungan dari semua pihak capaian indikator kinerja untuk Standar Pelayanan minimal sampai dengan pada Triwulan I Tahun 2025 dapat mencapai 95% untuk pelayanan yang bermutu, berkualitas, professional untuk mencapai visi, misi dan tujuan RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.