



LAPORAN PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL TAHUN 2022

**RSUD DR SAIFUL ANWAR
PROVINSI JAWA TIMUR**



BAGIAN PERENCANAAN DAN EVALUASI



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI PARIPURNA



30 November 2022 s.d. 20 November 2026
Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
bagianumum.rssa@gmail.com
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



NOTA DINAS

Kepada : 1. Kepala Bidang/Bagian
2. Kepala Instalasi
RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur

Dari : Wakil Direktur Umum dan Keuangan
RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur

Tanggal : 06 Februari 2023
Nomor : 445/02647/102.7/2023
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Penyampaian Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Tahun 2022

Bersama ini kami sampaikan Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Tahun 2022. Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal ini disusun berdasarkan laporan yang diterima dan dikompilasi oleh Bagian Perencanaan dan Evaluasi Sub Substansi Evaluasi dan Pelaporan RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur.

Selanjutnya diharapkan kinerja pelayanan dapat lebih ditingkatkan pada tahun 2023, sehingga capaian indikator Standar Pelayanan Minimal menjadi 100%.

Demikian atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur
Wakil Direktur Umum dan Keuangan



R. HENGGAR SULISTIARTO, SH, MM

Pembina Utama Muda

NIP. 19671129 198802 1 001

Tembusan :

1. Direktur (Sebagai Laporan)
2. Para Wakil Direktur
RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur

**LAPORAN PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
TAHUN 2022**

**RSUD Dr. SAIFUL ANWAR
PROVINSI JAWA TIMUR**



BAGIAN PERENCANAAN DAN EVALUASI

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas Rahmat dan KaruniaNya akhirnya Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur Tahun 2022 ini dapat diselesaikan. Penyusunan Laporan Standar Pelayanan Minimal ini mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tanggal 6 Pebruari 2008 yang ditindaklanjuti dengan Surat Keputusan Direktur RSSA Nomor 445/0892/302/2011 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD Dr. Saiful Anwar.

Buku Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur Tahun 2022 ini berisi informasi mengenai pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada unit pelayanan di RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur selama Tahun 2022, yang dihimpun dan dikompilasi oleh Bagian Perencanaan dan Evaluasi Sub Substansi Evaluasi dan Pelaporan. Diharapkan buku Laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur Tahun 2022 ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi dan acuan bagi peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan rumah sakit pada periode selanjutnya.

Kami menyadari bahwa Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2022 ini belum sempurna, oleh karena itu saran, kritik, masukan dan yang utama adalah dukungan untuk memberikan laporan secara cepat, tepat dan akurat dari masing-masing unit kerja terkait agar kompilasi dan pengolahan data dapat dilakukan dengan baik.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah berperan aktif membantu prnyusunan Laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur Tahun 2022 ini kami sampaikan ucapan terima kasih. Semoga buku laporan ini bermanfaat bagi kita semua.

Malang, 06 Februari 2023

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur

Wakil Direktur Umum dan Keuangan



R. HENGGAR SULISTIARTO, SH, MM

Pembina Utama Muda

NIP. 19671129 198802 1 001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud Dan Tujuan	2
C. Standar Pelayanan Minimal RSUD Dr. Saiful Anwar	2
BAB II HASIL CAPAIAN SPM RSUD Dr. SAIFUL ANWAR TAHUN 2022	11
A. Prosentase Capaian SPM	11
B. Capaian SPM Pada Unit Pelayanan RSUD Dr. Saiful Anwar	12
BAB III PENUTUP.....	26
A. Kesimpulan.....	26
B. Rekomendasi	26

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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 sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat

Demikian juga dengan RSUD Dr. Saiful Anwar, sebagai salah satu rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur secara bertahap diharapkan dapat mengembangkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan holistik seiring dengan perkembangan jenis penyakit, kemajuan ilmu kedokteran, serta peningkatan pendapatan dan pendidikan masyarakat untuk mendukung meningkatnya derajat kesehatan masyarakat khususnya di Jawa Timur. Oleh karena itu RSSA senantiasa meningkatkan jumlah, jenis, dan mutu layanan, serta harus memiliki standar pelayanan agar menjamin kepuasan dan keamanan pasien.

RSUD Dr. Saiful Anwar harus dapat menunjukkan akuntabilitasnya baik secara teknis maupun keuangan, terhadap Pemerintah Provinsi Jawa Timur 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. Ayat 7. 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 Dr. Saiful Anwar 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 ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat.

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.
2. Menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan suatu layanan sesuai klasifikasi Rumah Sakit , sehingga SPM dapat menjadi dasar penentuan kebutuhan pembiayaan dalam mengusulkan anggaran kepada Panitia Anggaran Daerah dan DPRD.
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.

C. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

Standar Pelayanan Minimal yang digunakan di RSUD Dr. Saiful Anwar sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Pebruari 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, yang ditindaklanjuti dengan Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Nomor 445/0892/302/2011 tentang Standar Pelayanan yang berlaku sejak tahun 2011, dengan indikator sebagai berikut :

1. Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
1	INSTALASI GAWAT DARURAT	1	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		2	Kemampuan menangani lifesaving pelayanan gawat darurat	100%
		3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ATLS	100%

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit
		6	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gawat darurat	≥ 70 %
		7	Kematian pasien < 24 jam di pelayanan gawat darurat	≤ 2/1000 (pindah irna setelah 8 jam)
		8	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam	100%
		9	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%
2	INSTALASI RAWAT JALAN	1	Pemberi pelayanan klinik spesialis	100 % spesialis
		2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a. Klinik Anak
				b. Klinik Penyakit dalam
				c. Klinik Kebidanan
				d. Klinik Bedah
		3	Buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 15.00 Kecuali jumat 08.00 s/d 14.30
		4	Waktu tunggu pelayanan rawat jalan	≤ 60 menit
		5	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat jalan	≥ 90
6				
	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %		
	b. Pelaksanaanya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %		
3	IRNA I	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis
				b. Perawat min D3
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak
				b. Penyakit dalam
	c. Kebidanan			
	d. Bedah			
4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00		
5	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %		

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar		
		6	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%		
		7	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %		
		8	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %		
		9	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90		
		10	Rawat Inap TB			
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %		
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %		
		11	Ketersediaan pelayanan rawat inap di RS yg memberikan pelayanan jiwa	NAPSA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik dan Gangguan Mental Organik		
		12	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%		
		13	Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tdk kembali dlm perawatan dlm waktu ≤ 1 bulan	100%		
		14	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 mgg		
		4	IRNA II	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat min D3
				2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%
				3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak
b. Penyakit dalam						
c. Kebidanan						
d. Bedah						
4	Jam visite dokter spesialis			08.00 s/d 14.00		
5	Kejadian infeksi pasca operasi			≤ 1,5 %		
6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial			≤ 1,5 %		
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%				
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %				
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %				

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
		10	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90
5	IRNA III	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat min D3
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%
		8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %
		9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90
		11	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan ≤ 1 % b. Preeklamsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %
		12	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) c. Bidan
		13	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		14	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An
		15	Pertolongan persalinan melalui sectio caesaria	≤ 20 %
6	IRNA IV	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat min D3
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
				b. Penyakit dalam
				c. Kebidanan
				d. Bedah
		4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%
		8	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100%
		9	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %
		10	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		11	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90
		12	Rawat Inap TB	
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %		
7	INCOVIT/ IPIT	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat min D3
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%
		8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %
		9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90
8	Instalasi Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 2 %

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pd tubuh pasien stlh operasi	100%
		7	Komplikasi anestesi krn overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %
9	Poli OBG / Pelayanan KB	1	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap	100%
		2	Konseling KB mantap	100%
10	Intensif/ Anestesi	1	Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2	Pemberi layanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi b. Perawat min D3
11	Rehabilitasi Medis	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80
12	Pelayanan Gakin	1	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RS pd setiap unit pelayanan	100%
13	IKF dan Ambulance	1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam
		2	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam
		3	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah	100%
14	Tim Pengendali Infeksi	1	Tersedianya anggota Tim PPI yg terlatih	75%
		2	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi	60%
		3	Terlaksananya Keg. Pencatatan & Pelaporan Infeksi Nosokomial di RS	75%
15	IPJT	1	Pemberi Pelayanan di IPJT	100%
		2	Rata-rata pasien kembali < 72 Jam (dengan kasus sama)	≤ 3%
		3	Dokter penanggung jawab pasien	100%

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar
		4 Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%
		5 Kejadian infeksi nosokomial MDRO (ESBL)	≤ 1,5%
		6 Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%
		7 Kematian pasien >48	≤ 0,24%
		8 Kejadian pulang paksa	≤ 5%
		9 Pemberi pelayanan klinik spesialis	100%
		10 Jam buka pelayanan	100%
		11 Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%
		12 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		13 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		14 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		15 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		16 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan dalah penempatan endotracheal tube	≤ 5%
		17 Kepuasan Pelanggan	≥ 90

2. Lingkup Pelayanan Penunjang

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standard
1	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2 Pelayanan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	Dokter Sp. Rad
		3 Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan ≤ 2 %
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80
2	Laboratorium Sentral	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah & darah rutin)
		2 Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp. PK
		3 Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratoium	100%
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80
3	Farmasi	1 Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit
		2 Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standard
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80
		5	Penulisan resep sesuai formularium	100%
4	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kpd pasien	≥ 90 %
		2	Sisa makanan yg tdk termakan pasien	≤ 20 %
		3	Tdk adanya kesalahan dlm pemberian diet	100%
5	Transfusi Darah	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 % terpenuhi
		2	Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %
6	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
7	IPSAM	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3	Peralatan Lab. yg terkalibrasi tepat waktu dan sesuai degan ketentuan	100%
8	ILSS	1	Tidak ada kejadian linen yg hilang	100%
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
9	PATOLOGI ANATOMI	1	Waktu tunggu hasil pelayanan	a. Histopatologi ≤ 6 hari
				b. Sitologi ≤ 4 hari
				c. Immunohistokimia ≤ 4 hari
				d. FNAB ≤ 3 hari
		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%
3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%		
4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80		

3. Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No	Unit Pelayanan	Indikator		Standar
1	Bag SDM	1	Karyawan yg mendapat pelatihan min. 20 jam per tahun	≥ 60 %
2	Evaluasi dan Pelaporan	1	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
3	Kepegawaian	1	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		2	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%
4	Akuntansi	1	Cost recovery	≥ 40 %
		2	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		3	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		4	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
5	TU	1	Tindaklanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%
6	IPS Non Medis	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3	Peralatan Non medik yg terkalibrasi tepat waktu dan sesuai degan ketentuan	100%
7	IPL	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	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dgn aturan	100%

BAB II

HASIL CAPAIAN SPM RSUD Dr. SAIFUL ANWAR TAHUN 2022

A. PROSENTASE CAPAIAN SPM

SPM yang digunakan di RSUD Dr. Saiful Anwar sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Pebruari 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, yang ditindaklanjuti dengan Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Nomor 445/0892/302/2011 tentang Standar Pelayanan yang berlaku sejak tahun 2011. Berikut adalah prosentase capaian SPM RSUD Dr. Saiful Anwar tahun 2022 :

Tabel Pencapaian Standar Pelayanan Minimal RSSA Tahun 2022

No	Unit Pelayanan	Jumlah Indikator SPM	Tahun 2022		Keterangan
			Tercapai	%	
1	IGD	9	8	88,89	
2	IRJ	6	5	83,33	
3	IRNA I	14	12	85,71	
4	IRNA II	10	8	80,00	
5	IRNA III	15	12	80,00	
6	IRNA IV	12	9	75,00	
7	INCOVIT/IPIT	10	9	90,00	
8	Bedah Sentral	7	6	85,71	
9	Poli OBG/ KB	2	2	100,00	
10	Intensif/ Anestesi	2	2	100,00	
11	Radiologi	4	4	100,00	
12	Laboratorium	4	4	100,00	
13	Rehabilitasi Medis	3	3	100,00	
14	Farmasi	5	5	100,00	
15	Gizi	3	3	100,00	
16	Transfusi Darah	2	1	50,00	
17	Pelayanan Gakin	1	1	100,00	
18	Rekam Medik	4	2	50,00	
19	Pengelolaan Limbah	2	2	100,00	
20	Pengembangan SDM	1	0	0,00	
21	Evapor	1	1	100,00	
22	Kepegawaian	2	2	100,00	
23	CRR / Akuntansi	1	1	100,00	
	Akuntansi	3	3	100,00	
24	Tata Usaha	1	1	100,00	

No	Unit Pelayanan	Jumlah Indikator SPM	Tahun 2022		Keterangan
			Tercapai	%	
25	IKF	1	1	100,00	
	AMBULANCE	2	2	100,00	
26	IPSAM	3	2	66,67	
27	IPS NON MEDIS	3	1	33,33	
28	Pelayanan Laundry	2	2	100,00	
29	Tim Pengendali Infeksi	3	3	100,00	
30	IPJT	17	16	94,12	
31	Patologi Anatomi	4	4	100,00	
Total Indikator :		159	137	86.16	Target : 86.16

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa target SPM tahun 2022 sebesar 86,16% dan realisasi SPM tahun 2022 sebesar 86.16%, dengan demikian prosentase capaian terhadap target adalah 100%.

B. CAPAIAN SPM PADA UNIT PELAYANAN RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

Guna efektivitas analisa hasil pencapaian SPM di RSUD Dr. Saiful Anwar maka dikelompokkan dalam 3 (tiga) jenis pelayanan yaitu :

1. Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan
2. Lingkup Pelayanan Penunjang
3. Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen

Adapun hasil pencapaian SPM pada setiap Unit Pelayanan di RSUD Dr. Saiful Anwar tahun 2022 adalah seperti tertera dalam tabel berikut ini :

1. Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
1	IGD	1	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	Tercapai
		2	Kemampuan menangani lifesaving pelayanan gawat darurat	100%	100,00	Tercapai
		3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ATLS	100%	100,00	Tercapai
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	3 tim	Tercapai
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di	≤ 5 menit terlayani,	1 menit	Tercapai

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
			elayanan gawat darurat	setelah pasien datang		
		6	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gawat darurat	≥ 70 %	81,14	Tercapai
		7	Kematian pasien < 24 jam di pelayanan gawat darurat	≤ 2/1000 (pindah irna setelah 8 jam)	9,15	Tidak Tercapai
		8	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam	100%	100,00	Tercapai
		9	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100,00	Tercapai
2	IRJ	1	Pemberi pelayanan klinik spesialis	100 % spesialis	100,00	Tercapai
		2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a. Klinik Anak	ada	Tercapai
				b. Klinik Penyakit dalam		
				c. Klinik Kebidanan		
				d. Klinik Bedah		
		3	Buka pelayanan sesuai ketentuan	08.00 s/d 15.00 Kecuali jumat 08.00 s/d 14.30	100,00	Tercapai
		4	Waktu tunggu pelayanan rawat jalan	≤ 60 menit	38,87 menit	Tercapai
		5	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat jalan	≥ 90	82,69	Tidak Tercapai
		6				
				a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %	91,83
b. Pelaksanaanya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di	b. ≥ 60 %			83,33	Tercapai	

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
		RS				
3	IRNA I	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat min D3	100,00	Tercapai
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%	100,00	Tercapai
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah	ada	Tercapai
		4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00	100,00	Tercapai
		5	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0,00	Tercapai
		6	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%	100,00	Tercapai
		7	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	10,08	Tidak Tercapai
		8	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	1,87	Tercapai
		9	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90	86,54	Tidak Tercapai
		10	Rawat Inap TB			
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %	100,00	Tercapai
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %	100,00	Tercapai
		11	Ketersediaan pelayanan rawat inap di RS yg memberikan pelayanan jiwa	NAPSA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik dan Gangguan Mental Organik	ada	Tercapai

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
		12	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100,00	Tercapai
		13	Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tdk kembali dlm perawatan dlm waktu ≤ 1 bulan	100%	100,00	Tercapai
		14	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 mgg	2 mgg	Tercapai
4	IRNA II	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis	100,00	Tercapai
				b. Perawat min D3		
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%	100,00	Tercapai
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak	ada	Tercapai
				b. Penyakit dalam		
				c. Kebidanan		
				d. Bedah		
		4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00	100,00	Tercapai
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5$ %	0,00	Tercapai
		6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq 1,5$ %	0,00	Tercapai
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%	100,00	Tercapai		
8	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24$ %	1,19	Tidak Tercapai		
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,91	Tercapai		
10	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90	82,86	Tidak Tercapai		
5	IRNA III	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis	100,00	Tercapai
				b. Perawat min D3		
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat	100%	100,00	Tercapai

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan
		Inap			
		3 Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak	ada	Tercapai
			b. Penyakit dalam		
			c. Kebidanan		
			d. Bedah		
		4 Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00	100,00	Tercapai
		5 Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	3,43	Tidak Tercapai
		6 Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0,00	Tercapai
		7 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%	100,00	Tercapai
		8 Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	0,18	Tercapai
		9 Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,08	Tercapai
		10 Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90	89,46	Tidak Tercapai
		11 Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan ≤ 1 %	0,00	Tercapai
			b. Preeklamsia ≤ 30 %		
			c. Sepsis ≤ 0,2 %		
		12 Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG	100,00	Tercapai
			b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal)		
			c. Bidan		
		13 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	ada	Tercapai
		14 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG	100,00	Tercapai
			b. Dokter		

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
			Sp. A c. Dokter Sp. An			
		15	Pertolongan persalinan melalui sectio caesaria	≤ 20 %	74,22	Tidak Tercapai
6	IRNA IV	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat min D3	100,00	Tercapai
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%	100,00	Tercapai
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah	ada	Tercapai
		4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00	100,00	Tercapai
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,00	Tercapai
		6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0,00	Tercapai
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%	100,00	Tercapai
		8	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100%	64,34	Tidak Tercapai
		9	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	6,32	Tidak Tercapai
		10	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,74	Tercapai
		11	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90	84,21	Tidak Tercapai
		12	Rawat Inap TB			
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %	100,00	Tercapai
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60 %	100,00	Tercapai

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
7	INCOVIT/ IPIT	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis	100,00	Tercapai
			b. Perawat min D3			
		2	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100%	100,00	Tercapai
		3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak	ada	Tercapai
				b. Penyakit dalam		
				c. Kebidanan		
				d. Bedah		
		4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00	100,00	Tercapai
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,00	Tercapai
		6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0,00	Tercapai
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%	100,00	Tercapai		
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	23,99	Tidak Tercapai		
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	4,25	Tercapai		
10	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90	98,89	Tercapai		
8	Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2,48	Tidak Tercapai
		2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 2 %	100,00	Tercapai
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100,00	Tercapai
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100,00	Tercapai
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi	100%	100,00	Tercapai
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pd tubuh pasien stlh operasi	100%	100,00	Tercapai
		7	Komplikasi anestesi krn overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan	≤ 6 %	0,00	Tercapai

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
		endotracheal tube				
9	Poli OBG / Pelayanan KB	1	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap	100%	100%	Tercapai
		2	Konseling KB mantap	100%	100%	Tercapai
10	Intensif/ Anestesi	1	Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	2,25	Tercapai
		2	Pemberi layanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi b. Perawat min D3	100,00	Tercapai
11	Rehabilitasi Medis	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %	35,68	Tercapai
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100,00	Tercapai
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80	83,45	Tercapai
12	Pelayanan Gakin	1	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RS pd setiap unit pelayanan	100%	100,00	Tercapai
13	IKF dan Ambulance	1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	1,30	Tercapai
		2	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam	Tercapai
		3	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah	100%	100,00	Tercapai
14	Tim Pengendali Infeksi	1	Tersedianya anggota Tim PPI yg terlatih	75%	96,08	Tercapai
		2	Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi	60%	100,00	Tercapai

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
		3	Terlaksananya Keg. Pencatatan & Pelaporan Infeksi Nosokomial di RS	75%	100,00	Tercapai
15	IPJT	1	Pemberi Pelayanan di IPJT	100%	100,00	Tercapai
		2	Rata-rata pasien kembali < 72 Jam (dengan kasus sama)	≤ 3%	0,00	Tercapai
		3	Dokter penanggung jawab pasien	100%	100,00	Tercapai
		4	Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%	ada	Tercapai
		5	Kejadian infeksi nosokomial MDRO (ESBL)	≤ 1,5%	0,08	Tercapai
		6	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	100,00	Tercapai
		7	Kematian pasien >48	≤ 0,24%	0,04	Tercapai
		8	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	0,08	Tercapai
		9	Pemberi pelayanan klinik spesialis	100%	100,00	Tercapai
		10	Jam buka pelayanan	100%	100,00	Tercapai
		11	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0,00	Tercapai
		12	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100,00	Tercapai
		13	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100,00	Tercapai
		14	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100,00	Tercapai
		15	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100,00	Tercapai
		16	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan dalam penempatan endotracheal tube	≤ 5%	0,00	Tercapai
		17	Kepuasan Pelanggan	≥ 90	83,02	Tidak Tercapai

Secara umum pencapaian kinerja indikator SPM tahun 2022 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 di Instalasi Gawat Darurat yang belum tercapai yaitu indikator kematian pasien <24 jam yang masih tinggi. Hal ini terjadi karena RSUD Dr. Saiful Anwar merupakan rumah sakit rujukan tertinggi (tersier) sehingga banyak pasien yang datang ke IGD sudah dalam kondisi kritis (probability of survival rendah).
- b. Pelayanan di Rawat Jalan ada satu indikator yang belum memenuhi target yaitu kepuasan pelanggan pelayanan Rawat Jalan ($\geq 90\%$).
- c. Pelayanan rawat inap ada beberapa indikator yang belum terpenuhi yaitu :
 - Angka kematian pasien > 48 jam tidak tercapai di IRNA I, IRNA II, IRNA IV, dan Incovit dikarenakan pasien yang meninggal adalah pasien dengan severity level berat.
 - Tingginya angka pertolongan persalinan melalui sectio caesaria di IRNA III karena RSSA merupakan rumah sakit rujukan tersier, dimana pasien yang dirujuk adalah pasien yang melahirkan dengan kasus penyulit/patologis sehingga perlu dilakukan tindakan persalinan melalui sectio caesaria.
 - Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap $\geq 90\%$ tidak tercapai di semua pelayanan Rawat Inap.
 - Kejadian infeksi pasca operasi $\leq 1,5\%$ tidak tercapai hanya di IRNA III.
 - Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram dengan target 100% belum tercapai di IRNA IV.

Untuk itu unit kerja/bidang di lingkup Pelayanan medik dan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanannya sehingga semua indikator dapat tercapai.

2. Lingkup Pelayanan Penunjang

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
1	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	2,60	Tercapai
		2	Pelayanan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	Dokter Sp. Rad	100,00	Tercapai
		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan $\leq 2\%$	0,00	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	81,22	Tercapai
2	Laboratorium Sentral	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (kimia darah & darah rutin)	59,90	Tercapai
		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp. PK	100,00	Tercapai

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan	
		3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratoium	100%	100,00	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	83,59	Tercapai
3	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	24,50	Tercapai
		2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	47,67	Tercapai
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100,00	Tercapai
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80	92,58	Tercapai
		5	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100,00	Tercapai
4	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kpd pasien	≥ 90 %	99,86	Tercapai
		2	Sisa makanan yg tdk termakan pasien	≤ 20 %	8,36	Tercapai
		3	Tdk adanya kesalahan dlm pemberian diet	100%	100,00	Tercapai
5	Transfusi Darah	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 % terpenuhi	100,00	Tercapai
		2	Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %	0,02	Tidak Tercapai
6	Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	62,25	Tidak Tercapai
		2	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	93,45	Tidak Tercapai
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	6,59	Tercapai
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	10,35	Tercapai
7	IPSAM	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	95,03	Tercapai
		2	Ketepatan waktu	100%	94,92	Tidak

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan
		pemeliharaan alat			Tercapai
		3 Peralatan Lab. yg terkalibrasi tepat waktu dan sesuai degan ketentuan	100%	100,00	Tercapai
8	ILSS	1 Tidak ada kejadian linen yg hilang	100%	100,00	Tercapai
		2 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100,00	Tercapai
9	PATOLOGI ANATOMI	1 Waktu tunggu hasil pelayanan	a. Histopatologi ≤ 6 hari	100,00	Tercapai
			b. Sitologi ≤ 4 hari		
			c. Immunohistokimia ≤ 4 hari		
			d. FNAB ≤ 3 hari		
		2 Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100,00	Tercapai
3 Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100,00	Tercapai		
4 Kepuasan Pelanggan	≥ 80	83,91	Tercapai		

Secara umum pencapaian kinerja indikator SPM di lingkup Pelayanan Penunjang tahun 2022 sudah baik. Hal ini terlihat sebagian besar indikator SPM yang telah mencapai target. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai antara lain:

- a. Kejadian reaksi tranfusi pada pelayanan tranfusi darah tidak tercapai.
- b. Pada pelayanan rekam medik ada 2 indikator yang belum tercapai yaitu indikator kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dan indikator kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas.
- c. Di pelayanan pemeliharaan alat medik indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat medik belum tercapai karena alat medis yang akan dilakukan pemeliharaan masih digunakan untuk pelayanan pada saat jadwal perawatan.

Untuk itu unit kerja/bidang di lingkup Pelayanan Penunjang diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanannya sehingga semua indikator dapat tercapai.

3. Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No	Unit Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi	Keterangan
1	Bag SDM	1 Karyawan yg mendapat pelatihan min. 20 jam per tahun	≥ 60 %	58,90	Tidak Tercapai
2	Evaluasi dan Pelaporan	1 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Tercapai
3	Kepegawaian	1 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Tercapai
		2 Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	Tercapai
4	Akuntansi	1 Cost recovery	≥ 40 %	84.33	Tercapai
		2 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	Tercapai
		3 Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	15 menit	Tercapai
		4 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	Tercapai
5	TU	1 Tindaklanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	Tercapai
6	IPS Non Medis	1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	99,44	Tercapai
		2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	96,96	Tidak Tercapai
		3 Peralatan Non medik yg terkalibrasi tepat waktu dan sesuai degan ketentuan	100%	79,68	Tidak Tercapai
7	IPL	1 Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l	100%	Tercapai
			b. COD < 80 mg/l		
			c. TSS < 30 mg/l		
		d. PH 6-9			
2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dgn aturan	100%	100%	Tercapai	

Sebagian besar indikator SPM di lingkup bagian Administrasi dan Manajemen Tahun 2022 sudah tercapai. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai yaitu :

- a. Indikator di Bagian SDM yaitu karyawan yang mendapat pelatihan min. 20 jam per tahun \geq 60% belum tercapai.
- b. Pada pelayanan pemeliharaan sarana alat non medis dengan indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat non medis tidak tercapai karena faktor jumlah ketenagaan yang menangani sarana alat non medis di rumah sakit sangat kurang dibanding dengan luasnya area kerja, pemeliharaan sarana non medis yang dilakukan oleh pihak ke tiga juga tidak dapat diselesaikan tepat waktu. Disamping itu peralatan non medik yang terkalibrasi tepat waktu belum mencapai target karena proses kalibrasi alat sebagian besar dilakukan oleh pihak ketiga.

Untuk itu unit kerja/ bagian di lingkup Administrasi dan Manajemen diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanannya sehingga semua indikator dapat tercapai.

BAB III

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Secara umum Standar Pelayanan Minimal (SPM) di RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur Tahun 2022 sudah tercapai sebesar 86,16%. Namun masih ada beberapa indikator yang belum tercapai antara lain :

1. Di lingkup pelayanan medik ada 15 indikator yang belum tercapai.
2. Di lingkup pelayanan penunjang ada 4 indikator yang belum tercapai.
3. Di lingkup administrasi dan manajemen ada 3 Indikator yang belum tercapai.

B. REKOMENDASI

Adapun langkah-langkah yang akan dilakukan untuk meningkatkan capaian kinerja dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada tahun selanjutnya adalah dengan cara:

- a. Tertib administrasi kegiatan pencatatan dan pelaporan SPM dari setiap unit kerja agar evaluasi pencapaian SPM RSUD Dr. Saiful Anwar dapat dilakukan tepat waktu.
- b. Peningkatan Mutu Sarana dan Prasana Pelayanan Kesehatan (alat kedokteran yang canggih, peningkatan respon time, pengembangan SIM RS untuk mendukung *Electronic Medical Record*)
- c. Peningkatan Mutu Sumber Daya Manusia melalui diklat, workshop, monev, bimtek, dan lain-lain
- d. Peningkatan manajemen risiko disetiap satuan kerja untuk pengendalian pencapaian target indikator SPM.

Diharapkan kinerja pelayanan yang telah dilaksanakan pada tahun 2022 dapat lebih meningkat pada tahun 2023, tentunya perlu dukungan semua pihak untuk meningkatkan capaian indikator SPM menjadi 100%.