

**2023**

**LAPORAN  
EVALUASI STANDAR  
PELAYANAN MINIMAL**

**Kerjasama:  
RSJ Daerah Provinsi Lampung  
dengan  
LPPM Universitas Malahayati**



**LAPORAN EVALUASI  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
DI RSJ DAERAH PROVINSI LAMPUNG  
TAHUN 2023**

Kerjasama Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Dengan  
Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat  
Universitas Malahayati

# LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN EVALUASI  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
DI RSJ DAERAH PROVINSI LAMPUNG  
TAHUN 2023

Masa kegiatan 18 – 28 Desember 2023

Kerjasama  
RSJ Daerah Provinsi Lampung  
Dengan  
Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Malahayati

Bandar Lampung, 30 Desember 2023

Mengetahui  
Direktur RSJ Daerah Provinsi Lampung

Ketua Tim Survey



dr. Nuyen M. Fitri, MARS

Dr. Lolita Sary, SKM., MKes

## **KATA PENGANTAR**

Ahamdulillah, kita panjatkan puji dan syukur kehadirat Allah, Tuhan yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya sehingga laporan evaluasi Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2023 dapat di selesaikan.

Tujuan dari kegiatan evaluasi ini untuk mengukur keberhasilan capaian kinerja yang telah di rencanakan. Semoga laporan evaluasi SPM ini menjadi pedoman peningkatan kinerja yang lebih baik lagi RSJ Daerah Provinsi Lampung.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi Lampung dan seluruh jajaran serta staf atas tenaga dan pikirannya atas kerjsamanya dengan LPPM Universitas Malahayati, Bandar Lampung, sehingga laporan ini bermanfaat.

Bandar Lampung, 30 Desember 2023

Tim Survey

**EVALUASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RSJ DAERAH PROVINSI LAMPUNG  
TAHUN 2023**

INDIKATOR STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

**Pelayanan Gawat Darurat**

No	Jenis Pelayanan	Indikator			Standar	Rencana Pencapaian Tahun	Pencapaian	Informasi Tambahan	Penanggung jawab
		Jenis		Uraian		2023	2023		
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1	Kemampuan menangani life saving	100%	100%	100%	Terdapat 10 dokter, 12 perawat dan 1 admission (bidan)	Kepala Bidang Pelayanan
			2	Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat yang masih berlaku					
				- ATLS	100%	100%	0	Pelatihan ini belum diikuti	
				- ACLS	100%	100%	75%	Memiliki sertifikat pada 8 dokter dan 2 dokter belum melaporkan terkait kompetensi pelatihan	

		- BTLS/BTCLS	100%	100%	100%	Memiliki sertifikat pada 12 tenaga kesehatan
		- PPGD	100%	100%	0	Peatihan ini belum diikuti
	3	Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	0	Belum ada sosialisasi tim penanggulangan bencana secara formal
Proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Tercapai
	5	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit	Tercapai
	6	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	100%	100%	Tercapai
Output	7	Kematian pasien di IGD (≤ 24 jam)	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	Selama tahun 2023, rata-rata jumlah pasien masuk UGD sebanyak 80 – 100 orang dan terjadi 3 kematian pada pasien non jiwa
	8	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%	100%	100%	Pasien jiwa sudah dapat ditenangi rata-rata dalam waktu 4 jam atau masa observasi selama 240 menit
Outcome	9	Kepuasan Pasien/keluarga	. ≥ 70 %	. ≥ 95 %	89,41	Kinerja Sangat Baik

## Pelayanan Rawat Jalan

2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1	Ketersediaan pelayanan jiwa					
				a. Anak dan Remaja	100%	100%	100%	Tercapai	
				b. Napza	100%	100%	100%	Klinik Merpati	
				c. Gangguan Psikitik	100%	100%	100%	Tercapai	
				d. Gangguan Neurotik	100%	100%	100%	Tercapai	
				e. Mental Retardasi	100%	100%	100%	Mental Retardasi (+)	
				f. Mental Organik	100%	100%	100%	Tercapai	
				g.Usia Lanjut	100%	100%	100%	Tercapai	
			2	Ketersediaan Pelayanan Psikologi	Psikolog	2 psikolog	2 Psikolog	Tercapai	

Kepala Bidang Pelayanan

		3	Ketersediaan Pelayanan NAPZA	Tersedia dengan tenaga terlatih	100% tenaga terlatih	100% tenaga terlatih	Tercapai
		4	Pemberi pelayanan di poliklinik				
			a. Poliklinik spesialis jiwa	100 % dokter spesialis jiwa	100 % dokter spesialis jiwa	100 % dokter spesialis jiwa	Terdapat 4 dokter spesialis jiwa (organik) dan 2 dokter (non organik) yang bertugas sesuai jadwal
			b. Anak dan Remaja	100 % dokter sub spesialis jiwa dan remaja	1 orang	1 orang	Tercapai
			c. Poliklinik Syaraf	100 % dokter spesialis syaraf	1 orang	1 orang	Tercapai
			d. Poliklinik Penyakit Dalam	100 % dokter spesialis penyakit dalam	1 orang	1 orang	Tercapai
			e. Poliklinik Anak	100 % dokter spesialis anak	1 orang	1 orang	Poliklinik Anak Umum
			f. Poliklinik Gigi	100 % dokter gigi	4 orang	1 orang	Belum tercapai
	Proses	5	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	senin-kamis 08.00-13.00 Jumat 08.00-11.00 Sabtu 08.00-	senin-kamis 08.00-13.00 Jumat 08.00-11.00 Sabtu 08.00-12.00	<b>Senin-Kamis</b> 08.00-14.30 (pasien lama) 08.00-14.30 (pasien baru) <b>Jumat-Sabtu</b> 08.00-13.00 (pasien baru) 08.00-13.00 (pasien lama)



					12.00		
		6	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Antara pasien lama dengan pasien baru, waktu tunggu rawat jalan berbeda. Pasien baru terlebih dahulu melakukan input data administrasi, sedangkan pasien lama cukup daftar lalu menunggu data rekam medis
	Outcome	7	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 90 %	≥ 95 %	89,73	Kinerja Sangat Baik

### Pelayanan Rawat Inap

3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA	100%	100%	Tercapai	Kepala Bidang Pelayanan
					Gangguan Psikotik	100%	100%	Tercapai	
					Gangguan Neurotik	100%	100%	Tercapai	
					Gangguan Mental Organik	100%	100%	Tercapai	

			2	Pemberi pelayananan di Rawat Inap:	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
				- dokter	100%	100%	100%	Tercapai	
				- perawat	100%	100%	100%	Tercapai	
			3	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	Tercapai	
		Proses	4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	08.00 s/d 12.00	08.00 s/d 12.00	Tercapai	
		Output	5	Kejadian infeksi nosocomial	≤ 9 %	≤ 5 %	≤ 5 %	Tercapai	
			6	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	100%	99%	Tercapai	
			7	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh/pulang paksa	≤ 5 %	≤ 2 %	≤ 2 %	Tercapai	
			8	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100%	100%	Tercapai	
			9	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	100%	100%	Tercapai	
									Kepala Bidang Pelayanan

			10	Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	≤ 3 minggu	≤ 3 minggu	Tercapai
			11	Kematian pasien ≥ 48 jam dalam waktu ≤ 1 bulan	≤ 0,24 %	0%	0%	Tercapai
		Outcome	12	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 90 %	≥ 95 %	88,22	Kinerja Baik

### Pelayanan Intensif Care Unit (PICU)

4	Pelayanan Intensif Care Unit (PICU)	Input	1	Pemberi pelayanan : perawat jiwa atau perawat umum bersertifikat PICU	100%	100%	100%	Terdiri dari 13 tenaga kesehatan, dengan rincian 12 orang sudah bersertifikat PICU dan 1 orang bersertifikat BTCLS
			2	Ketersediaan obat gaduh gelisah	100%	100%	100%	Obat penenang di bawakan dari UGD sedangkan obat alergi berada di lemari penyimpanan untuk keadaan darurat
		Output	3	Rata-rata Pasien yang kembali ke PICU dengan kasus yang sama ≤ 2 minggu	≤ 5 %	0%	7,5% - 10%	Rata-rata jumlah pasien masuk 30 – 40 orang /bulan di ruang layanan PICU. Akan tetapi, terdapat 3 pasien selama tahun 2023 dikembalikan ke layanan PICU dari ruang rawat inap ≤ 2 minggu
		Outcome	4	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 70 %	≥ 95 %	86,96	Kinerja Baik

## Pelayanan Radiologi

5	Pelayanan Radiologi	Input	1	Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	100%	100%	Terdapat 1 dokter spesialis dan 4 radiografer (D4 sejumlah 1 orang dan D3 sejumlah 3 orang)	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai kelas RS	
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	Untuk pelayanan photo thorax maksimal 1 jam (sudah menggunakan digital radiologi sejumlah 1 unit)	
			4	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen/Kerusakan foto	≤ 2 %	≤ 1 %	≤ 1 %	Sudah menggunakan printer, tidak terjadi kegagalan pelayanan rontgen	
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	Tidak pernah terjadi	
		Output	6	Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	100%	100%	100%	Sudah terdapat expertisi yang bekerja setiap hari	
		Outcome	7	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 90 %	88,91	Kinerja Sangat Baik	

### Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

6	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	100%	100%	100%	Terdiri dari 12 tenaga analis kesehatan, dengan rincian 4 PNS, 2 CPNS, 6 P3K. Terdapat 1 dr. Sp. PK dengan jadwal kerja 1 kali/seminggu dan on call (jika dibutuhkan)	Kepala Bidang Penunjang
				Ketersediaan fasilitas dan Peralatan laboratorium	100%	100%	100%	Tercapai	
		Proses	2	Waktu tunggu hasil pelayanan lab. Pat. klinik	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 20 menit	Waktu tunggu hasil pemeriksaan CITO selama ≤ 20 menit dan hasil pemeriksaan reguler ≤ 20 menit	
			3	Tidak adanya kejadian tertukar specimen/ kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	Tercapai	
		Output	4	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spes. Pat. klinik	Dokter Spes. Pat. klinik	Dokter Spes. Pat. klinik	Tersedia 1 dokter spesialis patologi klinik	
		Outcome	5	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 90 %	85,11	Kinerja Baik	

### Pelayanan Rehabilitasi Jiwa/ Psikososial

7	Pelayanan Rehabilitasi Jiwa/ Psikososial	Input	1	Pemberi pelayanan rehabilitasi jiwa	Sesuai persyaratan-kelas RS	100%	100%	Petugas yang aktif sejumlah 3 orang dan belum bersertifikat. Terdapat 2 orang tenaga tambahan dengan rincian 1 orang adalah tenaga okupasi dan 1 orang pelatih skill	Kepala Bidang Pelayanan
		Proses	2	Semua pasien tenang dilakukan rehabilitasi jiwa	100%	100%	≤ 100%	2 – 3 klien/tahun pasien kadang masih gelisah	
		Outcome	3	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 95 %	88,62	Kinerja Sangat Baik	

### Pelayanan Elektro Medik

8	Pelayanan Elektro Medik	input	1	SDM bersertifikat sesuai alat	100%	100%	≤100%	Terdapat 1 dr. Sp. Syaraf dengan sertifikat kompetensi sedangkan 1 operator (perawat) belum mendapatkan pelatihan bersertifikat (baru mendapatkan pelatihan dari vendor alat)	Kepala Bidang Pelayanan
			2	Alat elektro medic	Sesuai kelas RS	100%	100%	Tercapai	
		Proses	3	Waktu tunggu pemeriksaan Pasien Rawat Jalan di unit elektro medik	≤ 60 menit	≤ 30 menit	20-30 menit	Pemeriksaan pasien dilakukan ≤ 30 menit karena jumlah pasien 1-2 orang/bulan	
		outcome	4	Kepuasan Pasien/keluarga	80%	95%	0%	Tidak ditemukan responden yang cukup selama masa survey untuk dianalisis secara kuantitatif. Maka analisa dengan pendekatan kualitatif	

## Pelayanan Farmasi

9	Pelayanan Farmasi	Input	1	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	100%	100%	Sesuai dengan kebutuhan pasien	Kepala Bidang Penunjang
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai standar	100%	≤100%	Belum tersedia ruang pengemasan berikut alat dan bahannya	
			3	Ketersediaan formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 thn	100%	100%	Dalam pengadaan sesuai history dan sudah melakukan kerjasama (MoU) dengan apotik jika sewaktu-waktu terdapat kasus baru	
			4	Ketersediaan obat sesuai formularium	Tersedia 100%	100%	100%	Tersedia sesuai kebutuhan pasien	
		Proses	5	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≥ 30 menit	Sebesar 98% waktu tunggu ≤ 30 menit pelayanan obat jadi (saat pasien tidak ramai)	
			6	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Kurang lebih 60 menit karena sudah diberikan jadwal petugas racikan setiap harinya	
		Output	7	Tidak adanya kejadian salah pemberian obat	100%	100%	100%	Tidak ada kesalahan pemberian obat	
			8	Penulisan obat sesuai formularium	100%	100%	100%	Tercapai	
		Outcome	9	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 90 %	90,46	Kinerja Sangat Baik	

## Pelayanan Gizi

10	Pelayanan Gizi	Input	1	Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan	100%	100%	Tercapai	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Tersedia	100%	100%	Tercapai	
		Proses	3	Ketepatan waktu pemberian makanan pd pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	Waktu makan, pagi, siang dan sore	
		Output	4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	Tercapai	
			5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	Tercapai	
		Outcome	6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 90 %	88,16	Kinerja Baik	



## Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

11	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia	100%	100%	Tercapai	Kepala Bagian Tata Usaha
			2	Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	tersedia	100%	100%	Tercapai	
		Proses	3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	Pasien lama waktu tunggu verifikasi selama 10 menit. Sedangkan pasien baru selama 30 menit - 1 jam	
			4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%	100%	Tercapai	
		Output	5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	Tercapai	
		Outcome	6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 80 %	87,08	Kinerja Sangat Baik	

## Pelayanan Rekam Medik

12	Pelayanan Rekam Medik	Input	1	Pemberi pelayanan rekam medis	Sesuai persyaratan	100%	100%	Tercapai	Kepala Bidang Penunjang
		Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Diawali dari pasien melakukan pendaftaran sampai dengan RM tersedia di poliklinik	
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	Diawali dari pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai dengan RM tersedia di bangsal rawat inap	
		Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	Input data pasien baru rata-rata menghabiskan waktu 5 menit. Jika ditemukan ada data yang tidak lengkap, maka langsung dilakukan konfirmasi ke perawat poliklinik untuk dilengkapi	
			5	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	Tercapai	
		Outcome	6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 80 %	91,30	Kinerja Sangat Baik	

## Pengelolaan Limbah

13	Pengelolaan Limbah	Input	1	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS	100%	100%	Ada penanggungjawab pengelolaan limbah dengan SK Direktur. Adapun penanggungjawab terdiri dari sanitarian dan teknisi dari ASN dan P3K	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit: padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	100%	100%	Kerjasama dengan pihak ke 3	
		Proses	3	Pengelolaan limbah cair sesuai aturan	100%	100%	100%	Kerjasama dengan pihak ke 3	
			4	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan	100%	100%	100%	Bekerjasama dengan pihak ke 3	
		Output	5	Baku mutu limbah cair	a.BOD < 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	Tercapai	
					b.COD < 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	Tercapai	
					c.TSS < 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	Tercapai	
					d.PH 6-9	PH 6-9	PH 6-9	Tercapai	

## Administrasi dan Management

14	Administrasi dan Management	Input	1	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	100%	100%	Sudah terdapat aplikasi SIMPEDU	Kepala Bagian Tata Usaha
			2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	100%	100%	Tercapai	
			3	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	100%	100%	Tercapai	
			4	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	100%	100%	Tercapai	
			5	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	Tercapai	
		Proses	6	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	Tercapai	
			7	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	Tercapai	
			8	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	Tercapai	
			9	Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	Tercapai	

		Output	10	Cost recovery	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	Tidak ada kasus karena pasien sudah terdaftar di BPJS	
			11	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	RSJ Daerah Provinsi Lampung dengan Lakib ranking ke 5	
			12	Karyawan mendapat pelatihan min 20 jam/tahun	≥ 60 %	40%	40%	Sesuai kebutuhan	
			13	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	Tercapai	
		Outcome	14	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	100%	89,59	Kinerja Sangat Baik	

### Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah

15	Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah	Input	1	Ketersediaan pelayanan ambulans & mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 Jam	Tersedia 2 ambulans untuk di UGD, 1 ambulan untuk droping dan 1 ambulan untuk jenazah	Kepala Bagian Tata Usaha
			2	Pemberi pelayanan ambulans & mobil jenazah	supir ambulans terlatih	1 Orang	1 orang	Sopir terlatih sejumlah 1 orang dari 4 sopir yang tersedia. Sopir terbagi menjadi 3 sift (pagi, siang dan sore)	
			3	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah	100%	100%	Tersedia 2 ambulans untuk di UGD, 1 ambulan untuk droping dan 1 ambulan untuk jenazah	

			4	Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Tercapai	
		Outcome	5	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 80 %	0	Tidak dapat dianalisa secara kuantitatif karena jumlah responden kurang	

### Pelayanan Diklat

16	Pelayanan Diklat	input	1	Tenaga pembimbing bersertifikat	100%	100%	100%	18 orang telah bersertifikat pembimbing	Kepala Bagian Tata Usaha
		Outcome	2	Kepuasan peserta Diklat	≥ 85%	≥ 85%	88,82	Kinerja Sangat Baik	

### Perawatan Jenazah

17	Perawatan Jenazah	Input	1	Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	24 jam	Tidak Tersedia	Tersedia pemulasaran jenazah sederhana, seperti merapikan jenazah, ditali dengan kain kasa dan ditutup dengan selimut. Merapikan jenazah sekitar 2 jam. Saat ini pelayanan untuk pasien non jiwa	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan kamar jenazah	Tersedia lemari jenazah dengan pendingin	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tersedia kamar jenazah namun belum berfungsi	
		Proses	3	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenazah	≤15	Tidak Tersedia	Saat ini mash melayani pasien non jiwa	

		Outcome	4	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 80 %	0	Tidak mendapatkan responden selama masa survey	
--	--	---------	---	--------------------------	--------	--------	---	--	--

### Pelayanan Laundry

18	Pelayanan Laundry	Input	1	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	100%	100%	Saat ini tersedia mesin cuci, mesin pengering dan strika	Kepala Bidang Penunjang
		Proses	2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100%	100%	Tercapai	
			3	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	95%	95%	Tercapai	
		Output	4	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	Tercapai	
		outcome	5	Ketersediaan linen bersih untuk rawat inap	100%	100%	100%	Tercapai	
			6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 80 %	≥ 90 %	87,67	Kinerja Sangat Baik	

### Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

19	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1	Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur	Ada	Ada	Tercapai	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tercapai	
		Proses	3	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Tercapai	
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	100%	100%	Dlakukan pemeliharaan alat yang terjadwal	
		Output	5	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	Tercapai	



## Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

20	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	75%	≤ 75%	Tim baru terdiri dari ketua, sekretaris dan IPCN (purna waktu)	Kepala Bidang Pelayanan
			2	Ketersediaan APD di setiap instalasi /departemen	≥60 %	75%	75%	Tercapai	
			3	Rencana program PPI	Ada	100%	100%	Tersedia rencana program PPI, yaitu: kebersihan tangan, kebersihan lingkungan, surveilans infeksi, investigasi (outbreak) penyakit infeksi, meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan anti mikroba secara aman	
		Proses	4	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	75%	≤ 75%	Pelaksana program PPI belum berjalan maksimal karena jumlah SDM yang belum memadai	
			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	100%	Tercapai	
		Output	6	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumah sakit.	≥ 75%	90%	≤90%	Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial belum berjalan maksimal karena jumlah SDM yang belum memadai	

## Pelayanan Keamanan

21	Pelayanan Keamanan	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	75%	0%	Semua SDM di bagian keamanan belum bersertifikat	Kepala Bagian Tata Usaha
			2	Sistem pengamanan	100%	100%	100%	1 x 24 jam	
		Proses	3	Petugas Keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	1 - 2 jam sekali melakukan keliling RS	
			4	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Tercapai	
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang	100%	100%	100%	Jarang terjadi kehilangan semenjak diberlakukan mesin parkir	
		Outcome	6	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 90%	≥ 90%	85,25	Kinerja Baik	

## Pelayanan Parkir

22	Pelayanan Parkir	Input	1	Tersedianya tempat parkir roda dua dan roda empat	100%	100%	100%	Tersedia tempat parkir 300 roda dua dan 250 roda empat	Kepala Bagian Tata Usaha
		Proses	2	Pengelolaan parkir roda dua dan roda empat	100%	100%	100%	Dikelola dengan baik antara tempat parkir roda dua dan roda empat	
		Output	3	Pendapatan Parkir	36.000.000	9.350.000		Responden tidak menyebutkan nominal pendapatan dari parkir	
					22.500.000	9.790.000		Responden tidak menyebutkan nominal pendapatan dari parkir	
		Outcome	4	Kepuasan Pasien/keluarga	≥ 90%	90%	87,05	Kinerja Baik	

Berdasarkan tabel indikator standar (nilai), batas waktu pencapaian standar pelayanan minimal di RSJ Daerah Provinsi Lampung tahun 2023 di atas, terdapat 135 indikator pelayanan minimal, dimana sejumlah 106 indikator sudah memenuhi/tercapai (78,51%) sedangkan masih terdapat 29 indikator yang belum memenuhi (21,49%) yang perlu di tindaklanjuti.

Adapun 29 indikator yang perlu ditindak lanjuti, sebagai berikut:

### Unit Gawat Darurat:

1. Pelatihan ATLS bagi dokter dan perawat di unit gawat darurat sebesar 0% (target 100%)
2. Masih terdapat 2 dokter baru yang belum melaporkan keikutsertaannya pada pelatihan ACLS sebesar 75% (target 100%)
3. Belum ada laporan tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan PPGD sebesar 0% (target 100%)
4. Belum terbentuk tim penanggulangan bencana secara formal sebesar 0% (target 1 Tim)
5. Kepuasan pasien sebesar 89,41 (target ≥ 95 %)

**Unit Rawat Jalan:**

6. Ketersediaan dokter gigi sejumlah 1 orang (target 4 orang)
7. Kepuasan pasien sebesar 89,73 (target 95%)

**Unit Rawat Inap:**

8. Kepuasan pasien sebesar 88,22 (target  $\geq 95$ )

**Unit PICU:**

9. Rata-rata pasien yang kembali ke PICU dengan kasus yang sama  $\leq 2$  minggu sebesar 7,5% - 10% (target 0%)
10. Kepuasan pasien sebesar 86,96 (target  $\geq 95$ )

**Unit Radiologi:**

11. Kepuasan pasien sebesar 88,91 (target  $\geq 90$ )

**Unit Laboratorium Patologi Klinik:**

12. Kepuasan pasien sebesar 85,11 (target  $\geq 90$ )

**Unit Rehabilitasi Jiwa/Psikososial:**

13. Semua pasien tenang dilakukan rehabilitasi psikososial sebesar  $\leq 100\%$  (target 100%)
14. Kepuasan pasien sebesar 88,62 (target  $\geq 95\%$ )

**Unit Elektromedis:**

15. SDM bersertifikat sesuai alat sebesar  $\leq 100\%$  (target 100%)
16. Kepuasan pasien belum bisa di analisis. Hal ini disebabkan belum ditemukan responden yang cukup untuk dianalisis secara kuantitatif selama masa survey (target 95%)

**Unit Farmasi:**

17. Belum tersedia ruang pengemasan berikut alat dan bahannya sebesar  $\leq 100\%$  (target 100%)
18. Masih terjadi waktu tunggu pelayanan obat jadi lebih dari 30 menit saat pasien ramai (target  $\leq 30$  menit)

**Unit Gizi:**

19. Kepuasan pasien sebesar 88,16 (target  $\geq 90\%$ )

**Unit Administrasi dan Manajemen:**

20. Kepuasan pasien sebesar 89,59 (target 100%)

**Unit Ambulan dan Mobil Jenazah:**

21. Kepuasan pasien sebesar 0% karena jumlah responden tidak mencukupi untuk dianalisis (target  $\geq 80\%$ )

**Unit Perawatan Jenazah:**

22. Kepuasan pasien sebesar 0% karena jumlah responden tidak mencukupi untuk dianalisis (target  $\geq 80\%$ )

**Unit Laundry:**

23. Kepuasan klien sebesar 87,67 (target  $\geq 90\%$ )

**Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi:**

24. Keberadaan tim PPI yang terlatih belum optimal sebesar  $\leq 75\%$  (target 75%)

25. Pelaksanaan program PPI belum berjalan maksimal sebesar  $\leq 75\%$  karena keterbatasan jumlah SDM (target 75%)

26. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial sebesar  $\leq 90\%$  karena keterbatasan SDM (target 90%)

**Unit Keamanan:**

27. Petugas keamanan yang bersertifikat sebesar 0% (target 75%)

28. Kepuasan pasien sebesar 85,25 (target  $\geq 90\%$ )

**Unit Parkir:**

29. Kepuasan pasien sebesar 87,05 (target 90%)

**Penutup**

Demikian laporan evaluasi standar pelayanan minimal di RSJ Daerah Provinsi Lampung Tahun 2023 untuk segera ditindaklanjuti salahsatunya melalui survey kepuasan masyarakat dan kepuasan SDM agar terjadi peningkatan capaian disetiap indikatornya.