

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Data Penelitian

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Pemerintah telah menetapkan Standar yang jelas dan terukur sehingga mudah diimplementasikan di setiap Daerah. Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 65 Tahun 2005 tentang pedoman penyusunan dan penerapan SPM, pemerintah wajib menyusun SPM berdasarkan urusan wajib yang merupakan pelayanan dasar, yaitu bagian dari pelayanan publik. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit merupakan suatu ketentuan-ketentuan bagi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 dalam rangka usaha pemerintah untuk menjamin mutu pelayanan rumah sakit. Standar pelayanan minimal ini dapat digunakan sebagai pedoman untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja bagi setiap rumah sakit di Indonesia. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang juga telah menerapkan Standar Pelayanan Minimal untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kinerjanya.

Berikut adalah tabel 5.1 Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Unit Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2017.

Tabel 5.1
Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Unit Pelayanan
Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang Tahun
2017.

NO	Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Tahun 2017			Capaian SPM 2017 Terhadap SN
					Target	Realisasi	Capaian	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1	Waktu tanggapan pelayanan dokter IGD	< 5 Menit	2,5 Menit	5 menit	0%	100%
		2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/BLS	100%	89%	79%	89%	79%
		3	Jam buka pelayanan gawat darurat (24 jam)	24 jam	100%	100%	100%	100%
		4	Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD	$\leq$ 2 permil	3,52 permil	7 permil	-150	-150
		5	Kepuasan pelanggan eksternal IGD	$\geq$ 80 %	79%	86,30%	109%	123%
2.	Pelayanan Rawat Jalan	6	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik dokter spesialis	100%	100%	92,75%	93%	93%
		7	Ketersediaan pelayanan rawat jalan minimal klinik 4 spesialis dasar	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	95%	100%	105%	100%
		9	Waktu tunggu di rawat jalan	$\leq$ 60 menit	$\leq$ 60 Menit	35 menit	100%	142%
		10	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang dilayani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%

3.		11	Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberkulosis	$\geq 60\%$	58%	97,01%	167%	162%
		12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	$\geq 60\%$	66%	86,50%	131%	144%
		13	KB mantap	100%	97%	100%	103%	100%
		14	Konseling KB mantap	100%	97%	100%	103%	100%
		15	Kepuasan pelanggan eksternal Rawat Jalan	$\geq 80\%$	88%	77,01%	88%	86%
	Pelayanan Rawat Inap	16	Kejadian Infeksi luka operasi/ Angka infeksi luka operasi (AILO)	$\leq 2\%$	0%	0%	100%	200%
		17	Angka kejadian luka dekubitus	$\leq 2\%$	0%	0,17%	100%	200%
		18	Angka kejadian flebitis	$\leq 2\%$	2,02%	0,17%	192%	189%
		19	Angka kejadian infeksi nosokomial lainnya	$\leq 2\%$	0%	0,17%	100%	189%
		20	Angka kelengkapan dokumen asuhan	$\geq 80\%$	80%	100%	125%	100%
		21	Pemberi pelayanan di rawat inap adalah dokter yang bertenaga kompeten	100%	100%	100%	100%	100%
		22	Jam visite dokter spesialis tepat waktu	100%	100%	100%	100%	100%
		23	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang beakibatkan kecacatan/ kematian	100%	100%	100%	100%	100%
		24	Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$	4%	0,61%	184%	12%
		25	Kejadian kemmatian ibu karena persalinan					
		a.	Perdarahan	$\leq 1\%$	1%	NA	NA	NA
		b.	Eklamsi	$\leq 30\%$	30%	NA	NA	NA
		c.	Spesis	$\leq 0,2\%$	0,20%	NA	NA	NA

		d. Partus Lama	$\leq 20\%$	20%	NA	NA	NA
		26 Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan	100%	100%	100%	100%	100%
		27 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah TIM PONEK yang terdiri dari dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
		28 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter anastesi.	100%	100%	100%	100%	100%
		29 Pelayanan persalinan melalui SC	$\leq 20\%$	29%	18,56%	136%	93%
		30 Kepuasan pelanggan eksternal Rawat Inap	$\geq 80\%$	79%	83%	106%	104%
4.	Pelayanan Intensif Care Unit (ICU)	31 Angka kematian pasien ICU dan ICCU	$\leq 40\%$	36%	NA	NA	NA
		32 Rata-rata pasien yang ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 5\%$	0%	0%	100%	200%
		33 Pemberi pelayanan di unit intensif adalah tenaga.	$\geq 90\%$	100%	100%	100%	100%
		34 Angka kematian neonatus di ruangan NICU.	$\leq 40\%$	12%	NA	NA	NA
		35 Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500.	100%	82%	95%	115%	95%
5.	Pelayanan Bedah	36 Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari	$\geq 90\%$	80%	100%	125%	100%

		37	Waktu tunggu operasi cito ≤ 2 jam	$\geq 90\%$	83%	NA	NA	NA
		38	Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1\%$	0%	0%	100%	100%
		39	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%
		40	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%
		41	Tidak ada kejadian salah tindakan pada	100%	100%	100%	100%	100%
		42	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi.	100%	100%	100%	100%	100%
		43	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal.	$\leq 1\%$	0%	0%	100%	200%
6.	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	44	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto	≤ 3 jam	2 jam	3 jam	50%	71%
		45	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dr. Sp.PK	$\geq 90\%$	100%	100%	100%	100%
		46	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik.	$\geq 80\%$	100%	100%	100%	100%
		47	Kepuasan pelanggan eksternal patologi klinik.	$\geq 80\%$	82%	83%	101%	103,26%
7.	Pelayanan Radiologi	48	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto.	≤ 3 jam	3 jam	≤ 3 jam	100%	100%
		49	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen Sp. Rad	$\geq 80\%$	100%	69,88%	70%	69,80%
		50	Kejadian Kegagalan rontgen	$\leq 2\%$	1,04%	8,08%	-377%	-204%

		51	Kepuasan pelanggan eksternal radiologi	$\geq 80\%$	80%	91%	114%	114%
8.	Pelayanan Farmasi	52	Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	100%	100%	100%	100%	100%
		53	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	100%	100%	100%	100%	100%
		54	Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%
		55	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	NA	NA	NA
		56	Kepuasan pelanggan eksternal farmasi	$\geq 80\%$	79%	89%	124%	123%
9.	Pelayanan Rehabilitasi medik	57	Kejadian dropout terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.	$\leq 50\%$	19%	17,93%	106%	164%
		58	Tidak adanya Kesalahan tindakan rehabilitasi medik.	100%	100%	100%	100%	100%
		59	Kepuasan pelanggan eksternal Rehabilitasi medik.	$\geq 80\%$	79%	87%	110%	108%
10 .	Pelayanan IPSRS	60	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	$\geq 80\%$	86,66 %	85,41%	99%	107%
		61	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	$\geq 80\%$	80%	84%	104%	84%
		62	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi yang sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	$\geq 80\%$	100%	100%	100%	100%
11 .	Pelayanan Sanitasi Dan Pengolahan Limbah	63	Baku air limbah sesuai dengan aturan/ standar.	100%	100%	100%	100%	100%
		64	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan.	100%	100%	100%	100%	100%
12	Pelayanan Gizi	65	Ketepatan waktu pemberian makanan	$\geq 90\%$	82%	88,99%	109%	99%

.			kepada pasien					
		66	Sisa makanann yang tidak termakan oleh pasien.	$\leq 20\%$	20%	20,28%	99%	99%
		67	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet.	$\geq 90\%$	89%	99,13%	111%	99%
13	Pelayanan Rekam Medik	68	Kelengkapan Pengisian rekam medik 24 jam - setelah selesai pelayanan.	100%	100%	96%	96%	96%
		69	Kelengkapan Informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100%	100%	100%	100%	100%
		70	Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan.	≤ 10 menit	5 menit	5,3 menit	94%	147%
14	Pelayanan Laundry	71	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	100%	100%	100%	100%
		72	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap.	100%	97%	64%	66%	64%
15	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	73	Waktu penyediaan ambulance jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	100%	100%
		74	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance jenazah di rumah sakit.	≤ 30 menit	30 menit	30 menit	100%	100%
		75	Waktu pelayanan penyerahan jenazah kepada keluarga.	≤ 2 jam	2 jam	2 jam	100%	100%
16	Pelayanan Administrasi Dan Manajemen	76	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi.	100%	100%	70%	70%	70%
		77	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	100%	100%	100%	100%	100%
		78	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	81%	81%	81%

		79	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji.	100%	100%	100%	100%	100%
		80	Kariawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun.	$\geq 50\%$	50%	50%	100%	83%
		81	Cost recovery	$\geq 70\%$	70%	50,71%	72%	127%
		82	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	100%	100%	72%	72%	72%
		83	Ketepatan waktu penyusunan laporan realisasi fisik dan keuangan .	100%	100%	72%	72%	72%
		84	Ketepatan waktu penyusunan laporan pengadaan barang dan jasa oleh pihak ketiga.	100%	100%	72%	72%	72%
		85	Kecepatan pendistribusian surat dari TU ke tujuan maksimal 1 jam.	100%	100%	80%	80%	80%
		86	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	≤ 2 jam	2 jam	≤ 2 jam	100%	100%
		87	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	100%	80%	80%	80%
17	Pelayanann Bank Darah	88	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi.	100%	100%	100%	100%	100%
		89	Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01\%$	0%	0,04%	180%	180%

Sumber RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, 2018.

Berdasarkan data Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal tahun 2017 diatas, bawa Rumah Sakit Umum Daerah Prof Dr. W.Z Johaness Kupang memiliki 17 jenis pelayanan dengan 89 Indikator Standar Pelayanan Minimal. Dari 17 jenis layanan terdapat 11 jenis layanan dengan 22 indikator layanan yang belum tercapai. Jenis layanan dengan indikator yang belum tercapai adalah, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Intensif Care Unit (ICU), Pelayanan Bedah Sentral, Pelayanan Laboratorium Patologi klinik, Radiologi, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Rekam Medik, Pelayanan Gizi, Pelayanan Laundry, Pelayanan Administrasi Dan Manajemen

Penelitian ini dilakukan pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof Dr. W. Z. Johaness Kupang. Data yang diambil berupa faktor-faktor yang menyebabkan belum tercapainya indikator Standar Pelayanan Minimal berdasarkan target yang ditetapkan. Penelitian ini dilakukan berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber tiap-tiap layanan yang indikator pelayanannya belum mencapai target.

5.2. Analisis dan Pembahasan.

5.2.1. Faktor-faktor penyebab rendahnya capaian SPM pada layanan RSUD

Prof. W.Z. Johaness Kupang.

1) Pelayanan Gawat Darurat.

Pelayanan gawat darurat pada RSUD Prof. W.Z. Johaness Kupang berdasarkan Permenkes 129 tahun 2008 terdapat 5 indikator Standar Pelayanan Minimal. Berdasarkan data, terdapat 1 indikator SPM

yang telah mencapai target dan 4 indikator SPM lainnya belum mencapai target. Berikut adalah tabel 5.2 yang menunjukkan belum tercapainya Indikator SPM pada pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD).

Tabel 5. 2
Belum tercapainya Indikator SPM Pada pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Jenis Layanan	No	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Gawat Darurat	1.	Waktu tanggapan pelayanan dokter IGD	< 5 Menit	2,5 menit	5 menit	0%	100%
	2.	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/BLS	100%	89%	79%	89%	79%
	3	Kematian pasien $\leq$ 24 jam di IGD	$\leq$ 2 permil	3,52 permil	7 permil	-150	-150

Sumber RSUD Prof W. Z. Johannes Kupang 2018

- 1) Indikator Waktu tanggap pelayanan dokter IGD dengan target nasional < 5 Menit.

Berdasarkan tabel diatas Indikator Standar Pelayanan Minimal, Waktu tanggap pelayanan dokter IGD dengan target nasional < 5 Menit. Target yang ditetapkan oleh RSUD Prof W.Z. Johannes Kupang tahun 2017 adalah 2,5 menit realisasi untuk tahun 2017 adalah 5 menit. Untuk capaian Indikator SPM tahun 2017 dengan target yang ditetapkan oleh rumah sakit

belum tercapai yaitu dengan presentase 0% namun capaian terhadap target nasional sudah 100%.

Faktor yang mempengaruhi belum tercapainya Indikator SPM waktu tanggap pelayanan dokter IGD dengan target yang ditetapkan oleh rumah sakit sebesar 2,5 menit, berdasarkan hasil wawancara dengan Bapak Yosep Ebang Baro A.Md.Kep pada layanan Instalasi Gawat Darurat. “ Sebenarnya target 2,5 menit yang di tetapkan oleh rumah sakit terlalu tinggi, dimana tidak sesuai dengan kemampuan yang ada pada layanan Instalasi Gawat Darurat. Pelayanan pada Instalasi Gawat Darurat perlu peningkatan pada fasilitas dan perlu adanya keterlibatan dengan bagian pelayanan gawat darurat dalam penetapan target.

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat ditemukan faktor yang mempengaruhi tidak tercapainya indikator Waktu tanggap pelayanan dokter IGD dengan target nasional < 5 Menit adalah:

- Kurang kordinasi dalam penetapan target indikator layanan waktu tanggap pelayanan dokter IGD.
 - Masih kurangnya fasilitas pada pelayanan IGD agar dapat mencapai target yang ditetapkan oleh rumah sakit yaitu 2,5%.
- 2) Indikator Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ GELS/ BLS.

Pemberi pelayannan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ GELS/ BLS. Berdasarkan data tabel diatas

menunjukkan bahwa pada tahun 2017, dokter yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ GELS/ BLS capaiannya sebanyak 79% yang memiliki sertifikat dari target yang ditetapkan yaitu 100%. Dari hasil wawancara dengan bapak Yosep Ebang Baro A.Md.Kep. pada layanan IGD capaian yang tidak sesuai target yaitu disebabkan karena, masih banyak petugas yang belum memiliki sertifikat dan sertifikatnya sudah mati. Kendala dari rumah sakit untuk mengirimkan semua petugasnya untuk mengikuti pelatihan serta kurangnya inisiatif dari petugas IGD untuk mengikuti pelatihan sendiri karena biaya yang mahal dan waktu. Berdasarkan wawancara dapat ditemukan faktor yang mempengaruhi tidak tercapainya indikator pelayanan yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ GELS/ BLS sebagai berikut:

- Sertifikat yang dimiliki petugas kegawat daruratan telah non aktif atau telah mati sesuai jangka waktu yang ditetapkan.
 - Kurangnya kesadaran petugas IGD untuk inisiatif sendiri mengikuti pelatihan sendiri karena biaya yang mahal.
 - Rumah Sakit Tidak dapat mengirim semua petugas untuk mengikuti pelatihan karena jumlah dana terbatas dimana jumlah yang dikirim untuk mengikuti pelatihan harus disesuaikan dengan anggaran. Namun rumah sakit sering melakukan pelatihan internal (in house training) bekerja sama dengan para dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit.
- 3) Indikator pelayanan gawat darurat, Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD.

Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Prof W. Z. Johannes Kupang masih cukup tinggi dimana pada data tabel diatas standar yang ditetapkan berdasarkan Permenkes 129 tahun 2008 dalah ≤ 2 permil sedangkan target yang ditetapkan oleh rumah sakit adalah 3,52 permil dengan realisasinya 7 permil capaiannya -150 %. Berdasarkan hasil wawancara didapati bahwa para petugas sudah melakukan berbagai upaya untuk mencegah kematian pasien. Cara-cara yang dilakukan antara lain tenaga medis yang ada melaksanakan penatalaksanaan yang menyeluruh. Namun faktor yang mempengaruhi tingi tingkat angka kematian adalah sebagai rumah sakit rujukan, sudah menerima pelayanan dari rumah sakit lain yang pelayanannya kurang baik, menerima pasien yang sudah berat karena kurangnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan.

Berdasarkan wawancara diatas faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian pada IGD adalah;

- Sebagai rumah sakit rujukan dimana menerima pasien yang sudah dilayani dengan pelayanan yang kurang baik.
- Keluarga terlambat merujuk, dimana budaya menunggu kondisi parah.
- Kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan.

2) Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan pada RSUD Prof W. Z. Johannes Kupang terdapat berdasarkan Permenkes 129 terdapat 10 indikator layanan. Dari 10 indikator layanan tersebut untuk tahun 2017, dengan 9 indikator layanan sudah mencapai target. Berikut adalah tabel indikator layanan pada rawat jalan yang belum mencapai target.

Tabel 5.3
Indikator layanan pada rawat jalan yang belum mencapai target tahun 2017.

Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik dokter spesialis	100%	100%	92,75%	93%	93%

Sumber RSUD Prof dr. W. Z. Johannes Kupang, 2018

Berdasarkan data tabel 5.3 diatas pelayanan rawat jalan dengan indikator standar pelayanan minimal, dokter pemberi pelayanan di poliklinik dokter spesialis dengan standar nasional adalah 100%. Target yang ditetapkan rumah sakit untuk tahun 2017 adalah 100% realisasinya sebesar 92,75% sehingga capaian terhadap taget nasional sebesar 93%. Dari penjelasan tabel diatas menunjukan pelayanan rawat jalan dengan indikator standarp pelayanan minimal dokter pemberi pelayanan pada poliklinik dokter spesialis belum mencapi target yang ditetapkan. Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian layanan mendis, indikator dokter pemberi pelayanan dokter spesialis dikarenakan dokter ada tugas keluar, seperti ada

layanan ke daerah kabupaten. Tidak adanya dokter pengganti saat dokter ada tugas keluar.

Berdasarkan hasil wawancara diatas penulis dapat menemukan faktor yang menyebabkan belum tercapainya indikator standar pelayanan minimal dokter pemberi pelayanan dokter spesialis pada poliklinik sebagai berikut:

- Tidak adanya dokter spesialis pada layanan poliklinik karena ada tugas keluar. Tidak adanya dokter pengganti saat dokter ditugaskan keluar.

3) Pelayanan Rawat Inap.

Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang terdapat 15 indikator layanan berdasarkan Permenkes No. 129. Dari lima belas indikator tersebut untuk tahun 2017 terdapat satu indikator layanan yang belum mencapai target berdasarkan data. Berikut adalah tabel belum tercapainya SPM pada RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang tahun 2017.

Tabel 5. 4
Belum tercapainya indikator standar pelayanan minimal pada pelayanan Rawat Inap tahun 2017.

Jenis Layanan	No	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Rawat Inap	1	Pelayanan persalinan melalui SC	≤ 20%	29%	18,56%	136%	93%

Sumber RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

Pelayanan Rawat Inap dengan indikator standar pelayanan minimal, pelayanan persalinan melalui SC belum mencapai target standar minimal yang ditetapkan. Dari data tabel diatas indikator layanan pelayanan persalinan melalui SC dengan target SPM nasional berdasarkan Permenkes adalah $\leq 20\%$. Target yang ditetapkan rumah sakit adalah 29% sedangkan realisasinya hanya sebesar 18,56%. Capaian dari target yang ditetapkan rumah sakit untuk tahun 2017 adalah 136% dan untuk capaian realisasi tahun 2017 berdasarkan target SPM nasional adalah sebesar 93%. Hal ini meunjukkan belum maksimalnya pelayanan persalinan melalui SC berdasarkan target SPM yang ditetapkan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala bagian pelayanan rawat jalan belum maksimal pelayanan persalinan melalui SC, disebabkan karena indikasi medis dimana RS tersebut telah menjadi rujukan dari berbagai klinik, puskesmas dan rumah sakit terdekat. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan Maka dapat di temukan faktor yang menyebabkan belum tercapainya SPM pelayanan persalinan melalui SC adalah :

- Rumah sakit Umum sebagai rumah sakit rujukan dari berbagai klinik, puskesmas dan rumah sakit terdekat yang dengan fasilitas yang belum lengkap.
- Kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan.

- Budaya masyarakat menunggu saat kritis untuk melakukan pemeriksaan di rumah sakit.

4) Pelayanan Ve Care Unit (ICU)

Pelayanan Ve Care Unit (ICU) pada RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang terdapat 5 (lima) indikator SPM yang harus di penuhi. Dari 5 (lima) indikator layanan tersebut terdapat satu indikator layanan yang belum mencapai target layanan yaitu indikator layanan kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500. Berikut tabel yang menunjukkan belum tercapainya indikator SPM pada Pelayanan Ve Care Unit (ICU)

Tabel 5. 5. belum tercapainya standar pelayanan minimal pada pelayanan Ve Care Unit

Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Intens Ve Care Unit (ICU)	1.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500.	100%	82%	95%	115%	95%

Sumber RSUD Prof W.Z. Johannes Kupang, 2018.

Berdasarkan tabel diatas dimana pencapaian standar pelayanan minimal dengan indikator pelayanan Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500, dengan pencapaian hanya sebesar 95 % dari standar nasional 100%. Sedangkan Indikator pelayanan Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 berdasarkan target dari rumah sakit yaitu 82% dengan realisasinya 95% dan ketercapaiannya adalah 115%. Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian pelayanan Intens Ve Care Unit (ICU) belum tercapainya standar

pelayanan adalah rumah sakit sebagai rujukan dimana dengan kondisi pasien yang sudah dilayani oleh rumah sakit lain atau klinik yang dengan fasilitas yang tidak lengkap. Dari hasil wawancara diatas dapat ditemukan bawa faktor yang menyebabkan belum tercapainya standar pelayanan minimal adalah:

- Dimana RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang sebagai rumah sakit rujukan yang dimana kondisi pasien yang sudah melakukan pelayanan di rumah sakit lain atau klini yang dengan fasilitas tidak lengkap. Budaya menunggu kondisi parah untuk melakukan rujukan.

5) Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik.

Pelayanan Laboratorium Patologi klinik pada RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang terdapt 4 indikator layanan berdasarkan permenkes 129. Dari 4 indikator tersebut terdapat satu indikator layanan yang belum mencapai target yaitu indikator waktu tunggu hasil pelayanan toraks photo. Berikut tabel yang menunjukan belum tercapainya indikator standar pelayanan minimal pada layanan laboratorium patologi klinik.

Tabel 5. 6. belum tercapainya indikator standar pelayanan minimal pada layanan laboratorium patologi klinik.

Jenis Layanan	No	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Laboratorium Patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto	≤ 3 jam	2 jam	3 jam	50%	71%

Sumber RSUD Prof W.Z. Johannes Kupang, 2018.

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa Pelayanan Laboratorium Patologi klinik dengan Indikator Standar Pelayanan Minimal Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto belum mencapai target. Dimana standar pelayanannya ≤ 3 jam dan target yang ditetapkan 2 jam realisasi tahun 2017 adalah sebesar 3 jam. Capaian terhadap target yang ditetapkan adalah 50% sedangkan capaian SMP 2017 terhadap Standar Nasional 70%, hal ini menunjukkan belum tercapainya standar pelayanan minimal.

Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian penunjang pelayanan medis faktor yang menyebabkan belum tercapainya standar pelayanan pada pelayanan Pelayanan Laboratorium Patologi klinik dengan Indikator Standar Pelayanan Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto adalah kedatangan pasien diloket diatas jam 12:00 yang mempengaruhi proses pelayanan karena petugas kadang-kadang tidak di tempat karena istirahat, sehingga pasien cenderung menunggu agak lama. Antrian yang terjadi di rumah sakit, disebabkan kedatangan pasien melebihi kemampuan fasilitas yang ada sehingga antrian yang terjadi cukup panjang dan akan mengakibatkan waktu tunggu yang lama. Terjadi penumpukan hasil pemeriksaan.

Dari hasil wawancara diatas dapat dilihat faktor yang menyebabkan belum tercapainya standar pelayanan minimal pada Indikator Pelayanan Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto adalah:

- Pasien yang melakukan pemeriksaan kadang-kadang melebihi kemampuan fasilitas yang ada.

- Penumpukan hasil pemeriksaan karena pasien yang melakukan pemeriksaan melebihi kapasitas.
- Kedatangan pasien diloket diatas jam 12:00 yang mempengaruhi pelayanan karena petugas tidak ditempat karena istirahat.

6) Pelayanan Radiologi

Pelayanan Radiologi pada RSUD Prof. W. Z. Johanes Kupang terdapat 4 (empat) indikator layanan dimana 2 (dua) indikator layanan yang belum mencapai target yang di tetapkan berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM).

Berikut adalah tabel belum tercapainya indikator standar pelayanan minimal pada pelayanan Radiologi.

Tabel 5.7. Indikator layanan Radiologi yang belum maksimal pelayanannya.

Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Radiologi	1	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen Sp. Rad	$\geq 80\%$	100%	69,88%	70%	69,80%
		Kejadian Kegagalan rontgen	$\leq 2\%$	1,04%	8,08%	-377%	204%

Sumber RSUD Prof W.Z. Johanes Kupang, 2018.

1) Indikator pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen Sp.Rad.

Pelaksanaan ekspertisi pemeriksaan rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai Kewenangan untuk membaca foto rontgen/ hasil pemeriksaan rontgen. Berdasarkan tabel diatas standar yang ditetapkan

adalah $\geq 80\%$ dengan target oleh rumah sakit 100% dan realisasinya sebesar 69,88%. Capaian terhadap target yang ditetapkan oleh rumah sakit adalah 70% sedangkan capaian realisasi terhadap standar pelayanan Nasional adalah 69,80%. Hal ini menunjukkan belum tercapainya target standar pelayanan minimal pada indikator pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen Sp.Rad.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu Hasnah sebagai Radiografer menyatakan bahwa faktor penyebab belum tercapainya target standar pelayanan minimal pada indikator pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen Sp.Rad disebabkan karena dokter tidak ada di tempat pelayanan karena ada tugas keluar atau dokter sakit sehingga terjadi penumpukan hasil pemeriksaan. Berdasarkan hasil wawancara diatas penulis dapat menemukan faktor yang menyebabkan belum tercapainya SPM adalah:

- Dokter tidak berada ditempat pelayanan karena ada tugas keluar.
 - Terjadi penumpukan pemeriksaan hasil rontgen.
- 2) Kejadian Kegagalan rontgen dengan standar pelayanan adalah $\leq 2\%$.

Berdasarkan tabel diatas target yang ditetapkan adalah 1,04% dengan realisasinya 8,08%. Capaian terhadap target yang ditetapkan adalah 37% sedangkan capaian terhadap standar nasional adalah 20,4%, menunjukkan bahwa belum tercapainya standar pelayanan minimal pada indikator kejadian kegagalan rontgen. Berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu Hasnah sebagai radiografer menyatakan bahwa faktor penyebab belum

tercapainya indikator pelayanan kejadian kegagalan rontgen disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

- Kesalahan hasil foto.
- Kurang perhatiannya pasien dan karena ketidakmampuannya pasien untuk mengikuti instruksi dari radiografer sebelum dilakukan pemaparan atau ketidakmampuan radiografer dalam memposisikan pasien pada waktu pengambilan radiograf.
- Masih kurang atau perlu peningkatan pengetahuan dari operator maupun pasien tentang proses rontgen.

7) Pelayanan Gizi.

Pada pelayanan gizi pada RSUD Prof. W. Z. Johanes Kupang berdasarkan permenkes no 129 tahun 2005, untuk meningkatkan kesehatan masyarakat pada pelayanan ini terdapat 3 (tiga) indikator layanan. Dari tiga indikator layanan tersebut dimana semua indikator layanan yang belum maksimal pelayanannya. Belum maksimalnya pelayanan pada layanan gizi tentunya disebabkan beberapa faktor, baik dari sistem pelayanan rumah sakit itu sendiri maupun dari partisipasi masyarakat, dan fasilitas pendukung.

Berikut tabel belum tercapainya standar pelayanan minimal pada pelayanan gizi. Belum maksimal pada indikator-indikator tentunya disebabkan karena beberapa hal, baik dari dalam sistem pelayanan itu sendiri maupun faktor dari luar.

Tabel 5. 8. tercapainya standar pelayanan minimal pada pelayanan gizi.

Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90\%$	82%	88,99%	109%	99%

Sumber RSUD Prof W.Z. Johannes Kupang, 2018.

Berdasarkan tabel pada pelayanan gizi indikator standar pelayanan minimal ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien dengan target SPM nasional $\geq 90\%$. Target pelayanan sebesar 82% dengan realisasinya 88,99%. Capaian pelayanan dari target yang ditetapkan sudah dengan persentase 109% sedangkan capaian terhadap standar nasional adalah 99%. Belum tercapainya standar pelayanan minimal pada indikator Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien berdasarkan wawancara dengan Ibu Erna Lobo selaku Kepala Instalasi Gizi mengatakan bawa belum maksimalnya pelayanan tersebut diatas disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

- Masi kurangnya tenaga pelayanan pada instalasi gizi, dimana teneaga pelayanan merangkap dimana yang mengolah makanan dan juga yang menyajikan makanan kepada pasien. Kadang-terlambat dalam menyajikan makanan kepada pasien.
- Perlu adanya pramusaji atu tenaga pelayanan yang menyajikan makanan kepada pasien tanpa.
- Masi kurangnya koordinasi dan evalauasi.

8) Pelayanan Rekam Medik.

Pelayanan rekam medik pada RSUD Prof. W. Z. Johanes Kupang berdasarkan Standar Pelayanan Minimal terdapat tiga indikator layanan. Dari indikator tersebut dua indikator layanan belum maksimal pelayanan. Berikut tabel pelayanan Rekam Medik yang pelayanan belum mencapai target.

Tabel 5. 9 indikator layanan pada pelayanan rekam medik yang belum maksimal pelayanannya.

Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Rekam Medik	1	Kelengkapan Pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	100%	96%	96%	96%
	2	Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan.	≤ 10 menit	5 menit	5,3 menit	94%	147 %

Sumber RSUD Prof W.Z. Johanes Kupang, 2018.

- 1) Kelengkapan Pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.

Indikator layanan kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dengan standar pelayanannya 100%. Dengan Realisasinya 96%, dan capaiannya terhadap standar pelayanan nasional 96%. Berdasarkan hasil wawancara faktor yang menyebabkan belum tercapainya indikator ini adalah:

- Tidak hadirnya dokter saat akan melakukan pengisian rekam medik seperti, tandatangan dan lain-lai.
- Kertidak pastian jam visite dokter spesialis.
- Beban kerja dokter dan perawat tingi karena peninkatan BOR, sehingga kadang-kadang penundaan pengisian rekam medik lebih dari 24 jam.

2) Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan.

Indikator layanan Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan dengan standar pelayanan ≤ 10 menit. Target yang ditetapkan adalah 5 menit dengan realisasi 5,3% dan capain dari target dengan persentase 94%.

- Kurangnya koordinasi dalam menetapkan target SPM oleh rumah sakit.
- Terkadang petugas meletakkan berkas rekam medis tidak tepat pada raknya.
- Tidak hadirnya dokter saat selesai pengisian rekam medik untuk melengkapi pengisiannya seperti menapatakan tandatangan.

9) Pelayanan Laundry.

Pelayanan laundry pada rumah sakit umum RSUD Prof. W. Z. Johanes Kupang berdasarkan Standar Pelayanan Minimal terdapat 2 (dua) indikator layanan dengan satu indikator layan yang pelayanannya belum maksimal. Berikut tabel indikator layanan pada pelayanan laundry yang belum maksimal pelayanannya.

Tabel 5. 10
Indkator pada pelayanan Laundry yang belum maksimal pelayananya.

Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Laundry	1	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap.	100%	97%	64%	66%	64%

Sumber RSUD Prof W.Z. Johannes Kupang, 2018.

Berdasarkan tabel diatas Indikator Standar Pelayanan Minimal Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap dengan target SPM Nasional 100%. Target rumah sakit 97% dengan realisasinya 64%. Capaian standar pelayanan minimal 64%. Belum maksimalnya pelayanan berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu Yustina Kepala pelayanan Laundry disebabkan beberapa faktor yaitu:

- Masi kurangnya pegawai atau tenaga pelayanan di pelayanan launri.
- Perlu penambahan mesin cuci otomatis dimana saat ini masi menggunakan mesin cuci manual.
- Ruangn pelayanan yang kurang memadai, dimana ruangan proses mencuci berdekatan dengan ruangan kantor.
- Masi kurangnya koordinasi antara pimpinan dan bawahan.

10) Pelayanan Administrasi Dan Manajemen.

Pada Pelayanan Administrasi Dan Manajemen terdapat terdapat 12 Indikator Standar Pelayanan Minimal dari 12 indikator layanan 8 indikator yang pelayanannya belum maksimal. Berikut tabel Indikator Standar

Pelayanan Minimal pada pelayanan administrasi dan manajemen yang belum maksimal pelayanannya.

Tabel 5. 11
Indikator pada layanan administrasi dan manajemen yang pelayanannya belum maksimal.

Jenis Layanan	no	Indikator Standar Pelayanan Minimal	Target SPM Nasional	Target	Realisasi	Capaian	Capaian SPM 2017 Terhadap SN
Pelayanan Administrasi Dan Manajemen.	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi.	100%	100%	70%	70%	70%
	2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	81%	81%	81%
	3	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	100%	100%	72%	72%	72%
	4	Cost recovery	≥ 70%	70%	50,71%	72%	127%
	5	Ketepatan waktu penyusunan laporan realisasi fisik dan keuangan .	100%	100%	72%	72%	72%
	6	Ketepatan waktu penyusunan laporan pengadaan barang dan jasa oleh pihak ketiga.	100%	100%	72%	72%	72%
	7	Kecepatan pendistribusian surat dari TU ke tujuan maksimal 1 jam.	100%	100%	80%	80%	80%

	8	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	100%	80%	80%	80%
--	---	--	------	------	-----	-----	-----

Sumber RSUD Prof W.Z. Johannes Kupang, 2018.

1) Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan bapak Urbanus Boro sub bidang etika indikator pelayana Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi dikatan bahwa capaian dengan persentase 70% dari target 100% atau yang artinya tidak mencapai target ini disebabkan karena:

- Sering terjadi penundaan dalam menentukan waktu untuk melaksanakan pertemuan tingkat direksi karena belum semua pegawai atau kepala bagian hadir.
- Penyelenggaraan pertemuan tingkat direksi di pending karena belum ada titik temu sehingga terjadi penundaan.

2) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.

Berdasarkan hasil wawancara dengan bapak Wendelinus Goru, SE Sub Bagian Kepegawaian mengatakan bahwa belum maksimalnya indikator ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat yang capaiannya 81% dari target 100% disebabkan karena bebeapa faktor yaitu:

- Pada rumah sakit dilakukan pengusulan kenaikan pangkat terjadi 2 periode dalam 1 tahun. Setiap periode pengusulan kenaikan pangkat tidak semua pegawai di terima karena tidak memenuhi sarat kenaikan pangkat.

- Masi kurangnya angka kredit atau nilai yang belum mencukupi dari setiap pegawai yang diusulkan sehingga tidak semua pegawai memenuhi untuk kenaikan pangkat.
- Perlu melakukan pelatihan-pelatihan didalam rumah sakit itu sendiri atau di luar rumah sakit. Masi kurangnya dana untuk melakukan pelatihan kepada semua pegawai.

3) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.

Belum maksimalnya indikator pelayanan ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan dengan capaiannya 72% dari target berdasarkan hasil wawancara dengan ibu Agustina Kamba SE. bagian akuntansi mengatakan bahwa disebabkan beberapa faktor yaitu:

- Keterlambatan penyusunan laporan keuangan dikarenakan keterlambatan penerimaan data keuangan dari luar Sub Akuntansi.
- Kurangnya koordinasi sub bidang layanan lainnya dengan layanan akuntansi.
- Belum adanya sistem teknologi laporan keuangan atau aplikasi laporan keuangan untuk mempermudah akses laporan keuangan antara bidang layanan.
- Masi kurangnya kualitas maupun kuantitas Sumberdaya Daya Manusia pada bidang layanan lain berkaitan LK.

4) Cost recovery.

Cost recovery, adalah kemampuan untuk membiayai perusahaan dengan modal sendiri. Berdasarkan hasil wawancara pada bidang

perencanaan dengan ibu Drg. Maria K. Setyawati, mengatakan bawa belum maksimalnya indikator ini sebabkan beberapa hal yaitu:

- Masyarakat yang menggunakan layanan pada rumah sakit lebih banyak dengan biaya yang di tanggung oleh pemerintah atau pelayanan gratis.
- Rumah sakit belum maksimal dalam mengelola utilitas (fungsi pelayanan) untuk meningkatkan pendapatan rumahsakit.

5) Ketepatan waktu penyusunan laporan realisasi fisik dan keuangan.

Berdasarkan hasil wawancara pada bidang perencanaan dengan ibu Neneng faktor penyebab belum maksimal pelayan Indikator ketepatan waktu penyusunan laporan realisasi fisik dan keuangan disebabkan karena:

- Keterlambatannya data keuangan masuk dari sub bidang lainnya.
- Masi kurangnya kualitas maupun kuantitas dari sub-sub bidang lainnya.
- Kurang disiplinya pegawai dalm menyelesaikan hasil laporan keuangan.
- Belum ada sistem aplikasi sistem online untuk mengakases data.

6) Ketepatan waktu penyusunan laporan pengadaan barang dan jasa oleh pihak ketiga.

Berdasarkan hasil wawancara faktor yang menyebabkan belum maksimal pada pelayanan ini adalah

- Keterlambatan dalam pengadaan barang dan jasa oleh pihak rumah sakit.
- Kurang disiplinnya petugas dalam memproses administrasi pengadaan barang dan jasa, sehingga pihak ketiga terlambat dalam menyusun laporan pengadaan barang dan jasa.

7) Kecepatan pendistribusian surat dari TU ke tujuan maksimal 1 jam.

Belum maksimalnya pelayanan pada indikator ini berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu Dorotianit Bani pada Tata Usaha mengatakan belum maksimalnya pelayanan ini disebabkan beberapa fakto yaitu:

- Kedatangan surat pada tata usaha disaat jam istirahat atau jam pulang sehingga untuk menindak lanjuti surat yang di terima pada saat hari yang sama tetapi di tunda hari berikutnya.
- Tidak hadirnya pegawai atau kepala sub bagian pelayanan berdasarkan tujuan surat tersebut sehingga ditunda sampai pegawai layanan tersebut ada.

8) Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.

Belum maksimal pada indikator ini berdasarkan hasil wawancara dengan bapak Urbanus Mahoklori SE bidang layanan Verifikasi , disebabkan beberapa hal yaitu:

- Belum tersedianya dana pada bendahara penerimaan pada saat waktu pemberian imbalan atau insentif.

- Keterlambatan Bendahara penerimaan untuk mengajukan SPP ke Badan Pengolahan Pendapatan dan Keuangan Daerah untuk menerbitkan SP2D.

5.2.2. Cara mengatasi belum tercapainya Standar Pelayanan Minimal berdasarkan target yang ditetapkan pada RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu Hermina R. Legimakani S. Kep. Ners, MPH Sub Bagian Monitoring dan Evaluasi Program Kegiatan dan berdasarkan hasil wawancara pada tiap-tiap layanan maka upaya-upaya yang dapat ditempuh guna mengatasi Capaian indikator Standar pelayanan Minimal yang pelayanan yang belum maksimal pada RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang ialah:

- 1) Harus adanya kontrol serta tingkat kepedulian yang tinggi terhadap kinerja serta jajaran dibawahnya, dengan memperlakukan mekanisme hingga tercapai hasil kinerja yang maksimal.
- 2) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan tiap indikator kinerja seperti yang ada dalam dokumen penetapan kinerja dengan mekanismenya.
- 3) Meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan, peralatan, sarana dan prasarana kesehatan setiap indikator.
- 4) Meningkatkan mutu sumber daya tenaga kesehatan dari segi pengetahuan dan keterampilan.

- 5) Melakukan sosialisasi kepada masyarakat mengenai pentingnya kesehatan.
- 6) Perlu meningkatkan sosialisasi atau penyuluhan terkait indikator-indikator yang terkait dengan Standar Pelayanan rumah sakit.
- 7) Penambahan dana atau memprioritaskan dana kepada indikator layanan yang belum maksimal pelayanannya.