



# LAPORAN KINERJA PELAYANAN RSUD KRT. SETJONEGORO

TAHUN 2023



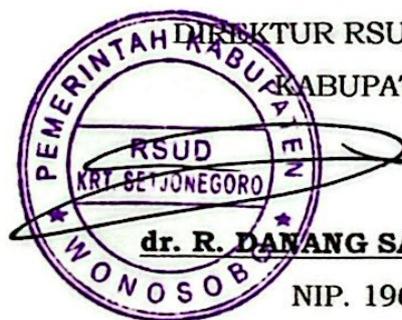
## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Kuasa karena rahmat dan hidayahNya kami dapat menyusun Laporan Kinerja Pelayanan RSUD KRT. Setjonegoro Tahun 2023. Laporan kinerja pelayanan merupakan dokumen pertanggungjawaban yang disusun berdasarkan potensi, peluang, tantangan, dan hambatan yang ada di RSUD KRT. Setjonegoro dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Pada hakikatnya laporan kinerja pelayanan merupakan indikator keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Berbagai hambatan dan halangan dalam memberikan pelayanan muncul dari berbagai sebab, baik itu yang berasal dari internal maupun eksternal. Namun semua hambatan tersebut dapat kami temukan solusi dengan segala potensi dan sumber daya yang kami kita miliki.

Demikian laporan kinerja Tahun 2024 ini dibuat untuk dapat digunakan sebagai pedoman dan bahan masukan dalam melaksanakan kegiatan rumah sakit memberikan pelayanan kepada Masyarakat yang lebih baik.

Wonosobo, 15 Januari 2024



DIREKTUR RSUD KRT. SETJONEGORO  
KABUPATEN WONOSOBO

**dr. R. DANANG SANANTO SASONGKO, MM**

NIP. 196912062007011

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Gambaran Umum**

Rumah Sakit Umum Daerah KRT. Setjonegoro Wonosobo adalah rumah sakit kelas C milik Pemerintah Kabupaten Wonosobo. Rumah sakit ini terletak dipusat kota Wonosobo dengan kapasitas tempat tidur terpasang saat ini (paska pembangunan) adalah 246 TT. Tahun 2021 terjadi pengurangan jumlah tempat tidur pada masa pandemi mencapai 213 TT. Luas tanah 10817m<sup>2</sup> yang terbagi menjadi 2 area yaitu area barat seluas 1356 m<sup>2</sup> dan area timur seluas 9461 m<sup>2</sup>. Sedangkan luas bangunan secara keseluruhan adalah 5207,7m<sup>2</sup>. Bangunan rumah sakit terbagi menjadi gedung A : 4 lantai, gedung B : 4 lantai, gedung C : 3 lantai, gedung D : 2 lantai, gedung E : 1 lantai dan gedung barat (Gedung Pelayanan Terpadu) : 4 lantai.

Lokasi RSUD KRT. Setjonegoro berada dipusat keramaian tepatnya bersebelahan dengan pusat ekonomi yaitu pasar tradisional maupun modern (swalayan), pusat pemerintahan, pusat pendidikan dan dikelilingi oleh perkampungan yang padat. Posisi ini sangat strategis untuk pengembangan rumah sakit dalam fungsinya sebagai *provider* pelayanan kesehatan, utamanya sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan bagi sarana kesehatan di wilayah Kabupaten Wonosobo dan juga dari kabupaten lain yang berbatasan langsung dengan Wonosobo.

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Wonosobo Nomor: 3 tahun 2014 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Wonosobo. RSUD KRT. Setjonegoro adalah merupakan unsur pelaksana tugas Bupati, dipimpin oleh Direktur, yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan mempunyai tugas pokok : ***“membantu Bupati dalam melaksanakan pelayanan tertentu kepada masyarakat dibidang kesehatan pada rumah sakit, secara menyeluruh dan terpadu, berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan”***

## **B. Karakteristik Kegiatan / Layanan RSUD**

Karakteristik kegiatan RSUD KRT. Setjonegoro tercermin didalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah KRT. Setjonegoro dengan ketentuan :

- a. Fokus pada jenis pelayanan : mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- b. Terukur : pencapaian kegiatan dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah di tetapkan.
- c. Dapat dicapai : kegiatan nyata, dapat di hitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatangnya.
- d. Relevan dan dapat diandalkan : kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- e. Tepat waktu : merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Rumah Sakit Umum Daerah KRT. Setjonegoro Wonosobo melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.

## **C. Maksud dan Tujuan**

Tujuan yang hendak dicapai dari pelaksanaan tugas pokok dan penyelenggaraan fungsi RSUD. KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo adalah :

1. Terselenggaranya pelayanan kesehatan paripurna secara profesional, bermutu tinggi, terjangkau seluruh lapisan masyarakat dengan mengutamakan kepuasan pelanggan;
2. Terselenggaranya upaya peningkatan mutu dan cakupan pelayanan sesuai dengan etika dan standar pelayanan secara berkeseinambungan;
3. Terselenggaranya pendidikan dan pelatihan dibidang kesehatan untuk meningkatkan kompetensi pegawai;

## **D. Kegiatan RSUD**

Produk Layanan di RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo terdiri atas:

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan:
  - a. Penyakit Dalam;
  - b. Kandungan;

- c. Bedah;
  - d. Anak;
  - e. Mata;
  - f. Jiwa;
  - g. Syaraf;
  - h. Kulit dan Kelamin;
  - i. Rehab Medik;
  - j. Psikologi;
  - k. Paru;
  - l. THT;
  - m. Kulit Kelamin;
  - n. Mata;
  - o. Fisioterapi & Terapi Wicara;
  - p. MCU (Medical Cek Up);
  - q. Orthopedi;
  - r. Gigi;
  - s. Orthodenti;
  - t. Bedah Mulut;
  - u. Jantung dan Pembuluh Darah;
  - v. Nyeri;
  - w. VCT;
  - x. TB DOTS;
  - y. PKBRS
  - z. Laktasi;
  - aa. Vaksin Internasional
3. Pelayanan Rawat Inap
  4. Pelayanan Bedah Sentral
  5. Pelayanan Maternal dan Perinatal
  6. Pelayanan Intensif Care Unit
  7. Pelayanan Radiologi;
  8. Pelayanan Laboratorium;
  9. Pelayanan Bank Darah;
  10. Pelayanan Dialisis;
  11. Pelayanan Rekam Medis;
  12. Pelayanan Kefarmasian;
  13. Pelayanan Gizi;

14. Pelayanan laundry dan sanitasi;
15. Pelayanan CSSD;
16. Pelayanan Pulasara Jenazah;
17. Pelayanan Ambulans.

## **E. Visi dan Misi RSUD KRT. Setjonegoro**

### **1. Visi**

Visi berkaitan dengan pandangan ke depan menyangkut ke mana instansi pemerintah harus di bawa dan di arahkan agar dapat berkarya secara konsisten dan tetap eksis, antisipatif, inovatif, serta produktif. Visi adalah suatu gambaran menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang diinginkan diwujudkan instansi pemerintah. Berdasarkan nilai-nilai organisasi tersebut diatas, RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo menetapkan visi sebagai berikut :

***“Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Yang Terunggul, Bermutu, dan Terpercaya”.***

**Pelayanan Terunggul** adalah pelayanan terbaik bila dibandingkan dengan pelayanan rumah sakit lain di wilayah Kabupaten Wonosobo atau bahkan disekitar Kabupaten Wonosobo dalam memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan, baik pelanggan internal maupun eksternal.

**Pelayanan yang bermutu** adalah pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan. Bermutu yang diharapkan adalah bahwa semua jenis pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) dan kode etik profesi yang telah di tetapkan, Terpercaya diharapkan bahwa pelayanan RSUD KRT. Setjonegoro memberikan sugesti positif bagi para pengguna jasa, sehingga diharapkan pasien yang berobat memiliki keyakinan bahwa jika berobat ke RSUD KRT. Setjonegoro akan mendapatkan pelayanan sebagaimana yang diharapkan.

Bila dikaitkan dengan visi dalam RPJMD Kabupaten Wonosobo Tahun 2021- 2026 sebagaimana tercantum dalam Peraturan Daerah Kabupaten Wonosobo yaitu : ***“Mewujudkan Wonosobo Yang Berdaya Saing, Maju dan Sejahtera” serta misi yang ke tiga yaitu “Mewujudkan kualitas sumber daya manusia yang unggul berkarakter religius, berbudaya, kreatif, inovatif, peningkatan pelayanan publik untuk pemenuhan pelayanan dasar masyarakat”***

maka visi RSUD KRT. Setjonegoro tersebut sangat mendukung visi dalam RPJMD terutama dalam menuju masyarakat yang sejahtera, dengan pelayanan kesehatan rujukan yang baik.

## **2. Misi**

Misi adalah sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan oleh instansi pemerintah, sebagai penjabaran visi yang telah ditetapkan. Dengan pernyataan misi diharapkan seluruh anggota organisasi dan pihak yang berkepentingan dapat mengetahui dan mengenal keberadaan dan peran instansi pemerintah dalam penyelenggaraan pemerintahan. Untuk mencapai visi "*Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah yang Terunggul Bermutu dan Terpercaya*", RSUD KRT. Setjonegoro menetapkan misi sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang Berfokus pada Pelanggan Sesuai Standar Nasional**
- b. Melaksanakan Pelayanan, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian di Bidang Kesehatan**

Yang mengandung makna sebagai berikut:

- a. **Pelayanan kesehatan yang berfokus pada pelanggan** adalah suatu rangkaian layanan yang dapat diakses oleh pasien dengan prosedur yang mudah, diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan, dilakukan oleh petugas yang kompeten sesuai dengan kondisi atau masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien dengan biaya sesuai ketentuan yang berlaku
- b. **Pelayanan sesuai standar nasional** adalah pelayanan kesehatan yang dalam penyelenggaraanya sesuai dengan standard kode etik profesi yang telah ditetapkan sesuai standar nasional

Dengan misi tersebut diharapkan RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo dapat menunjang salah enam misi Kabupaten Wonosobo, yaitu : "*meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui akses layanan pendidikan dan kesehatan yang murah berkualitas*"

## **F. Budaya RSUD KRT. Setjonegoro**

Nilai dasar disusun sebagai acuan bagi insan RSUD KRT. Setjonegoro dalam berperilaku guna menunjang tercapainya visi dan misi RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. Nilai dasar tersebut diharapkan menjadi budaya organisasi dan menjadi motivasi bagi setiap individu untuk senantiasa bekerja lebih baik dan professional dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Individu RSUD bukan hanya dituntut menjadi pintar, tetapi juga memiliki perilaku yang baik. Oleh karena itu, manajemen RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo berupaya menumbuhkan sistem nilai yang diyakini dapat dijalani bersama dan menjadi acuan berperilaku setiap insan RSUD yang andal dan terpercaya, yaitu melalui pengembangan gerakan RSUD Setjonegoro BerAkhlaq dengan mengembangkan nilai-nilai organisasi yaitu :

1. Berorientasi pada Pelayanan adalah memiliki kepekaan dan kecakapan dalam memberikan pengalaman dan rasa nyaman (ramah) terhadap pelayanan yang diberikan kepada pelanggan
2. Akuntabel adalah melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, efektif, efisien dan berintegritas tinggi
3. Kompeten adalah memiliki kecakapan dalam melaksanakan tugas secara cerdas dan tuntas serta memberikan nilai tambah bagi organisasi
4. Harmonis adalah mampu bekerjasama secara selaras, serasi, produktif dan saling menghargai
5. Loyal adalah menunjukkan kepatuhan, kesetiaan dan pengabdian yang tulus pada organisasi dan negara
6. Adaptif adalah mampu menyesuaikan diri menghadapi perubahan, terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas
7. Kolaboratif adalah terbuka dalam memberi kesempatan berbagai pihak untuk berkontribusi menghasilkan nilai tambah yang bermanfaat untuk kemajuan organisasi

## BAB II

### KINERJA PELAYANAN

#### A. Target Mutu Layanan

Mutu pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di namai pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Mutu layanan diukur dengan pencapaian Standart Pelayanan Minimal (SPM) sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. SPM terpilih digunakan sebagai indikator RPJMD Kabupaten Wonosobo 2021-2026. Target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2023 yang harus dicapai RSUD KRT. Setjonegoro adalah sebagai berikut ;

**Tabel 1.**

**Target RPJMD Kabupaten Wonosobo Tahun 2023**

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya Mutu dan Keterjangkauan layanan Rumah Sakit	Respon Time Kegawatdaruratan	5 menit
		Indeks Kepuasan Layanan Rumah Sakit	82,5%
		Capaian SPM	100%
		Akreditasi Rumah Sakit Paripurna	100%
		BOR / Tingkat pemakaian bed pasien RS	70%
		Baku Mutu Limbah cair : COD ( Chemical Oxygen Demand )	80
		Pemenuhan Sarana dan prasarana sesuai standar	87,5%
2	Meningkatnya Akuntabilitas Kerja dan pelayanan Publik	Nilai Sakip	72,4
		Lama Tunggu pelayanan obat Racikan	31,25 menit

	Lama Tunggu Pelayanan rawat Jalan	49 menit
	Transformasi Digital (E-RM) dan E-Klaim	85%
	Persentase Aset perangkat daerah dalam kondisi baik	100%
	Capaian Pembangunan dan Evaluasi Pembangunan Zona Integritas menuju WBK dan WBMM	75%

Pengukuran Kualitas Pelayanan RSUD KRT. Setjonegoro Berdasarkan **Keputusan** Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Terdapat 94 indikator standar pelayanan minimal yang harus dicapai oleh RSUD KRT. Setjonegoro yang terdiri dari indikator Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan, rawat inap, instalasi bedah sentral, instalasi maternal perinatal, *Intensife Care Unit (ICU)*, radiologi, laboratorium, rehab medik, farmasi, gizi, bank darah, pelayanan jamkesmas, rekam medik, pengelolaan limbah, manajemen, ambulans, pemulasaraan jenazah, pemeliharaan sarana, laundry, pencegahan dan pengendalian infeksi, hemodialisa.

Selain itu untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rawat inap di rumah sakit juga ditinjau berdasarkan perhitungan (Depkes RI tahun 2005):

1. BOR (Bed Occupation Ratio = Angka penggunaan tempat tidur)  
Memberikan gambaran tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur rumah sakit, Nilai parameter ideal 60-85%  
$$\text{BOR} = \frac{\text{jumlah hari perawatan RS}}{\text{jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam enam periode}} \times 100\%$$
2. AVLOS (Average Length of Stay = rata-rata lamanya pasien dirawat)  
Memberikan gambaran tingkat efisiensi dan gambaran mutu pelayanan.  
Nilai ideal 6-9 hari  
$$\text{Rumus} = \frac{\text{jumlah lama dirawat}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup+ mati)}}$$
3. TOI (turn Over interval = tenggang perputaran) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya, menggambarkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur.  
Nilai ideal 1-3 hari

Rumus= ((jumlah tempat tidur x periode) – hari perawatan) / jumlah pasien keluar (hidup + mati)

4. BTO (Bed Turn Over = Angka perputaran tempat tidur)

Adalah frekuensi pemakaian tempat tidur dipakai dalam enam enam waktu tertentu. Idealnya dalam enam tahun, enam tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Rumus = Jumlah pasien keluar (hidup+mati) / jumlah Tempat tidur

5. GDR (Gross Death Rate) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Nilai GDR tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

Rumus = (pasien mati seluruhnya / jumlah pasien keluar (hidup+mati) X 1000 permil.

6. NDR (Net Death Rate) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar, menggambarkan mutu pelayanan di rumah sakit

Nilai yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 25 per 1000

Rumus= (jumlah pasien mati >48 jam / jumlah pasien keluar (hidup+mati) x 1000 permil.

Sesuai dengan Peraturan Menteri kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 terdapat 13 Indikator Mutu Nasional yang harus diukur oleh Rumah Sakit yaitu :

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Adalah kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan yaitu suatu prosedur membersihkan tangan dengan menggunakan air mengalir atau dengan menggunakan handsrub berbasis alcohol dengan target 85%.

2. Kepatuhan Penggunaan APD

Adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD yaitu Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun dengan target 100%.

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Adalah kepatuhan petugas dalam melakukan identifikasi pasien yang meliputi Pasien menggunakan gelang pengenal, Warna Gelang identitas sesuai dengan jenis kelamin pasien, Gelang pengenal minimal memuat 2 data identitas (nama–tanggal lahir), Warna Gelang pengenal tambahan sesuai dengan kondisi pasien (Alergi : Merah, resiko jatuh : kuning, DNR : Ungu, Identitas yang membingungkan : putih), Pasien mengerti tujuan pemakaian gelang pasien, Petugas selalu menanyakan identitas pasien sebelum melakukan tindakan dengan target 100%.

4. Waktu Tanggap Operasi SC Emergency

Adalah waktu Operasi SC yang dilaksanakan emergency dengan penyebab gawat janin atau gawat ibu yang membahayakan nyawa kurang atau sama 30 menit dengan target 80%.

5. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis dengan target 60 menit.

6. Penundaan Operasi Elektif

Adalah penundaan operasi yang telah terjadualkan oleh operator dan anestesi dan telah disiapkan oleh tim IBS terkait ruang operasi, waktu operasi dan nama petugas medis dengan target 5%.

7. Kepatuhan Waktu Visit Dokter

Adalah Kepatuhan dokter dalam menepati jam visite kepada pasien dalam rentang waktu jam 06.00 – 14.00 dengan target 100%.

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Adalah Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah dengan hasil kritis sampai dengan diterima oleh DPJP dalam jangka waktu 30 menit atau kurang dengan target 100%.

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Adalah Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan dirumah sakit, resep yang ditulis dokter sesuai dengan obat yang ada dalam daftar formularium rumah sakit dengan target 80%.

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis

Adalah Kepatuhan PPA terhadap penerapan clinical pathway yang ada dalam melayani pasien dengan target 80%.

11. Kepatuhan Upaya Penanggulangan Resiko Jatuh

Adalah Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan minimal tiga upaya pencegahan risiko jatuh dengan target 100%.

12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Adalah Jumlah komplain yang ditindak lanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading dengan target 100%.

13. Kepuasan Pelanggan

Adalah Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pelanggan yang disurvei dengan target 76%.

**B. Capaian Kinerja**

**1. Capaian Indikator RPJMD RSUD KRT Setjonegoro Tahun 2023**

**Tabel 2.**  
**Capaian Indikator RPJMD Tahun 2023**

INDIKATOR KINERJA		TARGET 2023	CAPAIAN 2022	CAPAIAN 2023
1	Respon Time Kegawatdaruratan	5 menit	5 menit	4,27 menit
2	Indeks Kepuasan Layanan Rumah Sakit	82,5 %	97 %	88,88 %
3	Capaian SPM	100 %	84 %	86,31 %
4	Akreditasi Rumah Sakit Paripurna	100 %	Paripurna	Paripurna
5	BOR/Tingkat pemakaian bed pasien RS	55 %	71,25 %	94,8%
6	Baku Mutu Limbah cair : COD (Chemical Oxygen Demand)	80	64,25 gr/dl	29,9 gr/dl
7	Pemenuhan Sarana dan prasarana sesuai standar	87,5 %	88 %	87,5%
8	Nilai Sakip	64,5	72,36	72,95
9	Lama Tunggu pelayanan obat Racikan	31,25 menit	29 menit	28,6 menit
10	Lama Tunggu Pelayanan Rawat Jalan	49 menit	31,55 menit	42,45 menit
11	Transformasi Digital (E-RM) dan E-Klaim	85%	-	89,89%

12	Persentase Aset perangkat daerah dalam kondisi baik	100%	98%	90%
13	Capaian Pembangunan dan Evaluasi Pembangunan Zona Integritas menuju WBK dan WBMM	100%	-	100%

Berdasar data diatas Indikator Kinerja RPJMD RSUD KRT Setjonegoro Tahun 2023 yang belum tercapai pada ada 2 Indikator yaitu :

- Capaian SPM dengan target yang diterapkan adalah 100 % dengan capaian tahun ini 86 %, tetapi meningkat dari capaian tahun 2022 yaitu 84 % rician SPM yang belum tercapai dijelaskan lebih lanjut.
- Perangkat asset dalam kondisi baik , tercapai 98 %, beberapa alat masih dalam proses perbaikan yang membutuhkan anggaran yang cukup tinggi dan perubahan tehnologi (Bronchoskopi, Fluros kopi dan echocardiografi).

## 2. Indikator Mutu

### a. Indikator Mutu Nasional

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 terdapat 13 Indikator Mutu Nasional yang harus diukur oleh Rumah Sakit. Dengan hasil capaian tahun 2023 sebagai berikut:

**Tabel 3.**  
**Indikator Mutu Nasional**

No.	Nama Indikator	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Capaian (%)	Keterangan
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	86%	85%	87%	102%	Sangat Tinggi
2.	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	100%	100%	Sangat Tinggi
3.	Kepatuhan Identifikasi pasien	99%	100%	99,8%	99,8%	Sangat Tinggi
4.	Waktu Tanggap	93,205%	80%	98,1%	123%	Sangat Tinggi

	Operasi SC Emergency					
5.	Waktu tunggu Rawat jalan	31,55 menit	60 menit	42,45 menit	141%	Sangat Tinggi
6.	Penundaan operasi Elektif	2,5%	5%	0,9%	277%	Sangat Tinggi
7.	Kepatuhan waktu visit dokter	97,67%	100%	96,5%	96,5%	Sangat Tinggi
8.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	Sangat Tinggi
9.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	99%	80%	98,8%	124%	Sangat Tinggi
10.	Kepatuhan terhadap alur klinis	80%	80%	90%	113%	Sangat Tinggi
11.	Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh	100%	100%	100%	100%	Sangat Tinggi
12.	Kecepatan waktu tanggap Komplain	99%	80%	100%	125%	Sangat Tinggi
13.	Kepuasan Pelanggan	97%	76%	88,88%	117%	Sangat Tinggi

**Keterangan:**

Sangat Tinggi =  $\geq 91\%$

Tinggi = 76% - 90%

Sedang = 66% - 75%

Rendah = 51% - 65%

Sangat Rendah =  $\leq 50\%$

Analisa dari hasil capaian kunjungan rawat jalan adalah

1. Capaian Kepatuhan kebersihan Tangan pada tahun 2023 mencapai 87%, yaitu meningkat sebanyak 102% dari target capaian 85% pada tahun 2023.

2. Capaian Kepatuhan Penggunaan APD tahun 2023 sudah mencapai target yaitu 100%.
3. Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien tahun 2023 mencapai 99,8% dari target capaian.
4. Capaian waktu tanggap operasi SC emergency tahun 2023 yaitu 98,1%, capaian tersebut meningkat 123% dari target capaian 80%.
5. Capaian waktu tunggu rawat jalan tahun 2023 yaitu 42,45 menit, capaian tersebut meningkat 141% dari target yaitu 60 menit.
6. Penundaan operasi elektif tahun 2023 yaitu 0,9%, capaian tersebut meningkat 277% dari target yaitu 5%.
7. Capaian kepatuhan waktu visit dokter tahun 2023 yaitu 96,5% dari target capaian.
8. Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai target 100%.
9. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional tahun 2023 mencapai 98,8%, capaian tersebut meningkat 124% dari target yaitu 80%.
10. Capaian kepatuhan terhadap alur klinis tahun 2023 yaitu 90%, capaian tersebut meningkat 113% dari target capaian yaitu 80%.
11. Capaian kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh sudah mencapai target 100%.
12. Capaian kecepatan waktu tanggap komplain tahun 2023 yaitu 100%. Capaian tersebut meningkat 125% dari target capaian yaitu 80%.
13. Capaian kepuasan pelanggan tahun 2023 yaitu 88,88%. Capaian tersebut meningkat 117% dari target capaian yaitu 76%.

**b. Indikator SPM**

Pengukuran Kualitas Pelayanan RSUD KRT. Setjonegoro Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Terdapat 94 indikator standar pelayanan minimal yang harus dicapai oleh RSUD KRT. Setjonegoro yang terdiri dari indikator Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan, rawat inap, instalasi bedah sentral, instalasi maternal perinatal, *Intensife Care Unit* (ICU), radiologi, laboratorium, rehab medik, farmasi, gizi, bank darah, pelayanan jamkesmas, rekam medik, pengelolaan limbah, manajemen, ambulans,

pemulasaraan jenazah, pemeliharaan sarana, laundry, pencegahan dan pengendalian infeksi, hemodialisa.

Berdasarkan hasil pengukuran SPM RSUD KRT Setjonegoro Tahun 2023 terdapat 95 indikator dengan 82 yang sudah tercapai 13 indikator belum tercapai. Dengan rincian sebagai berikut:

**Tabel 4.**  
**Capaian Standar Pelayanan Minimal**  
**RSUD KRT Setjonegoro Tahun 2023**

No.	Instalasi /Unit	Jumlah SPM	Jumlah Tercapai	Jumlah Tidak Tercapai
1.	IGD	8	7	1
2.	Rawat Jalan	7	6	1
3.	Rawat Inap	11	9	2
4.	IBS	7	7	0
5.	IMP	9	6	3
6.	ICU	2	1	1
7.	Radiologi	4	3	1
8.	Laboratorium	4	4	0
9.	Rehabilitasi Medik	3	2	1
10.	Farmasi	4	3	1
11.	Gizi	3	3	0
12.	Bank Darah	2	2	0
13.	Pelayanan BPJS	1	1	0
14.	Rekam Medik	4	3	1
15.	Pengelolaan Limbah	2	2	0
16.	Administrasi dan Manajemen	9	8	1
17.	Ambulance/ kereta jenazah	3	3	0
18.	Pemulasaraan Jenazah	1	1	0
19.	Pelayanan Pemeliharaan RS	3	3	0
20.	Pelayanan Loundry	2	2	0
21.	Hemodialisa	3	3	0
22.	PPI	3	3	0
	<b>Jumlah</b>	<b>95</b>	<b>82</b>	<b>13</b>

**Tabel 5.**  
**Standar Pelayanan Minimal**  
**RSUD KRT. SETJONEGORO TAHUN 2023**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	FORMULA	JANUARI SD DESEMBER		ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT	
1.	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	100%	Jml kumulatif pasien yg mendapatkan pertolongan life saving di UGD.	21604	100%	Tercapai			
					Jml seluruh pasien yg membutuhkan penanganan life saving di UGD.	21604					
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat/(24 Jam)	100%	Jml kumulatif jam buka UGD dlm satu bulan	8760	24	100%	Tercapai		
					Jml hari dlm satu bulan.	365					
		3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	Jml tenaga yg bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.	388	73,9%	Belum sesuai target	Pelaksanaan kegiatan pelatihan yang harus bertahap		
					Jml tenaga yg memberikan pelayanan kegawat daruratan.	570					
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana/ (satu tim)	100%	Jml tim penanggulangan bencana yg ada di rumah sakit.	ada (1 tim BSB)		100%	Tercapai		

		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat/ ( $\leq$ lima menit terlayani setelah pasien datang)	5	Jml kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter.	2560	4,27	Tercapai			
					Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50).	600					
		6	Kepuasan pelanggan. ( $\geq 70\%$ )	70%	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei.	506	600	84,3%	Tercapai		
		7	Kematian pasien < 24 jam. ( $\leq$ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	2/1000	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang di Gawat Darurat.	33	21604	1.53/1000	Tercapai		
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	100%	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka.	21604	21604	100%	Tercapai		
									Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat.		
2.	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis.(100% dokter spesialis)	100%	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan.	4178	96,3%	Belum Sesuai target	Tidak ada Dokter Spesialis pengganti	Pengaturan Jadwal Dokter	

					Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan.( Tahun )	4335				Penambahan Dokter spesialis
		2	Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak	Tidak ada	152	100%	Tercapai		
				b. Klinik Peny. Dalam						
				c. Klinik Kebidanan						
				d. Klinik Bedah						
		3	Jam buka Pelayanan (Jam 08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 – 11.00)	100%	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan.	4178	100%	Tercapai		
					Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan.	4178				
		4	Waktu tunggu di rawat jalan. ( $\leq$ 60 menit)	60,0	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey.	228802	42,45	Tercapai		
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey.	5389				
		5	Kepuasan Pelanggan. ( $\geq$ 90%)	90%	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.	3318	99,64%	Tercapai		
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)	3330				

		6	a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskop TB. ( $\geq 60\%$ )	> 60%	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan	1656	81,02%	Tercapai		
					Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan	2044				
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS. ( $\geq 60\%$ )	>60%	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan	1089	98,55%	Tercapai		
					Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit	1105				
3.	Rawat Inap	1	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	100%	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.		100 %	Tercapai		
				a. Dokter Spesialis	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.					
				b. Perawat minimal D3						
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	9075	100%	Tercapai		
					Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	9075				
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap.	100%	Tidak ada	183	100%	Tercapai		

		a. Anak							
		b. Peny. Dalam							
		c. Kebidanan							
		d. Bedah							
	4	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s/d 14.00 yang disurvei	8922	98,31%	Belum sesuai target		Membang un Komitmen
		08.00 – 14.00 setiap hari		Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.	9075				
	5	Kejadian infeksi pasca operasi	1,5%	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan.	6	0,25%	Tercapai		
		≤ 1.5%		Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan	2349				
	6	Kejadian infeksi nosokomial	1,5%	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan.	6	0,25%	Tercapai		
		≤ 1.5%		Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan	2349				
	7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian.	100%	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian	9075	100%	Tercapai		
				Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut	9075				
	8	Kematian pasien > 48 Jam	0,24%	Jumlah kejadian kematian pasien rawat	66	0,73%		Standar secara umum	Telaah kasus

					inap > 48 Jam dalam satu bulan				tercapai, namun di beberapa ruang ada jumlah kematian dibanding jumlah pasien yang tidak sesuai standar. Hal ini dikarenakan pasien datang saat dalam kondisi terminal dan geriatric kemudian pasien kritis menolak perawatan lebih lanjut seperti dirujuk atau pindah ke ruang rawat intensif	kematian pasien rawat inap > 48 jam
			≤ 0.24%		Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan.	9075		Belum sesuai Target		
	9	Kejadian pulang paksa.	5%	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan	154				Standar secara umum tercapai, kejadian APS cukup tinggi di ruang nifas dimana pasien APS karena menolak tindakan SHK. Hal ini dikarenakan	
		≤ 5 %		jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan	9075	1,69%	Tercapai			

									keluarga pasien menolak menunggu hingga waktu pemeriksaan SHK.	
	10	Kepuasan Pelanggan.	95%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen).	8555	94,27%	Tercapai			
		≥ 90%		Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	9075					
	11	Rawat Inap TB		Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.						
		a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB (>=60%)	60%	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu satu bulan.	197	99,49%	Tercapai	Sesuai Standar. Kendala yang dialami pada proses pengumpulan sampel karena ada pasien yang kesulitan mengeluarkan dahak. Pada pasien anak, selain karena sulit mengeluarkan dahak, diagnosis TB dapat ditegakkan		
				Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS	198					

									dengan sistem skoring sehingga tidak selalu dilakukan pemeriksaan mikroskopis.	
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS ( $\geq 60\%$ )	60%	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan	257	100%	Tercapai		
					Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS	257				
4.	Bedah Sentral	1	Waktu Tunggu operasi elektif	2 Hari	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan.	2773	1	Tercapai		
			$\leq 2$ hari		Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut	2773				
		2	Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1\%$	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan	0	0	Tercapai		
			$\leq$ satu %		Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan	3327				
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan.	3327	100%	Tercapai		

					Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.	3327				
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan.	3327	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	3327				
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah tindakan dalam waktu satu bulan.	3327	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan.	3327				
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	Jml pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.	3327	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan.	3327				
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan	6%	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianestesi dalam satu bulan	8	0,40%	Tercapai		

			salah penempatan anestesi endotracheal tube.(≤ 6 %)		Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	1967				
5.	Persalinan, Perinatologi (Kecuali RS khusus diluar RS ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan.							
			a. Perdarahan ≤ 1%	1%	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan	1	0.01%	Tercapai		
					Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan	220				
			b. Pre-eklampsia ≤ 30%	30%	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia / eklampsia	1	0,01%	Tercapai		
					Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pre eklampsia / eklampsia	146				
			c. Sepsis ≤ 0.2%	0,20%	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis	0	0%	Tercapai		
					Jumlah pasien-pasien persalinan dengan sepsis.	0				
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal ) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal	26	100%	Tercapai		
		a. Dokter Sp.OG	Jumlah seluruh tenaga yang memberi							

			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	pertolongan persalinan normal	26					
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih	38	38	Tercapai		
			Tim PONEK yang terlatih							
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.	100%	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi	9	100%	Tercapai		
			a. Dokter Sp.OG		Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi	9				
			b. Dokter Sp.A.							
			c. Dokter Sp.An.							
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr	100%	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani	391	96,06%	Belum sesuai target	BBLR periode rawat lama, Keluarga memaksakan membawa pulang	Meningkatkan edukasi kepada keluarga
					Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani	407				
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	20%	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu tahun	450	29,80%		SC sudah Sesuai indikasi	Selalu dilakukan skrinning

			≤ 20%		Jumlah seluruh persalinan dalam satu tahun	1510		Belum sesuai target		indikasi SC
		7	Keluarga Berencana	100%	Jenis pelayanan KB mantap	398	99,5%	Belum sesuai target		
			a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih		Jumlah peserta KB	400				
			b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.		Jumlah konseling layanan KB mantap	400	100%	Tercapai		
				Jumlah peserta KB mantap	400					
		8	Kepuasan pelanggan.	80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)			Tercapai		
			≥ 80%		Jumlah total pasien yang disurvei ( n minimal 50 )					
6.	Intensif	1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam.	3%	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan	3	0,3%	Tercapai		

			≤ 3%		Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan	748				
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	100%	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif	19	82,%	Belum sesuai target	Belum ada jadwal pelatihan	Aktif mencari penyelenggara pelatihan Dengan pendampingan
			a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / setara D4	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif	23					
7.	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto.	3	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan	19327	1,5 menit	Tercapai		

			≤ 3 jam		Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut	13053				
		2	Pelaksanaan ekspertis. Dokter Sp. Rad	100%	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan	26116	99,75%	Belum sesuai target	Pasien malam dirujuk sebelum ekspertis Kejadian pada semester 1	Pemberlakuan konsul kasus cito, dengan expertise melalui media whatsapp PACS
					Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan	26182				
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.	2%	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan	43	0,22%	Tercapai		
			Kerusakan foto ≤ 2%		Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan	19493				
		4	Kepuasan Pelanggan.	80%	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas	576	96%	Tercapai		
			≥ 80%		Jumlah total pasien yang disurvei ( n minimal 50 )	600				
8.	Lab. Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	140	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan	695322	34,05	Tercapai		
			≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin.		Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang	20233				

					disurvei dalam bulan tersebut					
		2	Pelaksanaan ekspertisi	100%	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan	3934	100%	Tercapai		
			Dokter Sp.PK		Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan	3934				
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan	20233	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut	20233				
		4	Kepuasan Pelanggan.	80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen )	1070	100%	Tercapai		
			≥ 80%		Jumlah total pasien yang disurvei ( n minimal 50 )	1070				
9.	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan.	50%	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam tiga bulan	127	1,17%	Tercapai		

			≤ 50%		Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan	10837				
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan dikurangnya mengalami kesalahan tindakan dalam 1 bulan	14318	99,99%	Tercapai		
					Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu bulan	14319				
		3	Kepuasan Pelanggan.	80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen )	464	99,6%	Tercapai		
					Jumlah total pasien yang disurvei ( n minimal 50 )	466				
10.	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan							
			a. Obat jadi ≤ 30 menit	30	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan	320953	22,4 Menit			
					Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut	14302				
			b. Obat racikan ≤ 60 menit	60	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang	198941	28,6 Menit	Tercapai		

					disurvey dalam satu bulan					
					Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut	6959				
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat	200554	100%			
					Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey	200554				
		3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvey ( dalam prosen )	1046	95 %			
					Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50)	1101				
		4	Penulisan resep sesuai formularium.	100%	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan	385221	98,74%	Belum sesuai Target		
					Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan ( n minimal 50 )	390125				
11.	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	90%	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan	9449	97,6%	Tercapai		

			≥ 90%		Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei	9678				
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20%	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan	197	10,6%	Tercapai		
			≤ 20%		Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	1883				
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	100%	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet	1475	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	1475				
12.	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan	2760	100%	Tercapai		
			100% terpenuhi		Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan	2760				
		2	Kejadian reaksi transfusi.	0,01%	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan	0	0%	Tercapai		
			≤ 0.01%		Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan	3180				

13.	Pelayanan BPJS	1	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100%	Jumlah pasien BPJS yang dilayani rumah sakit dalam satu tahun	104862	100%			
			100% terlayani		Jumlah seluruh pasien BPJS yang datang ke rumah sakit dalam satu tahun	104862				
14.	Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang diisi lengkap	6616	95%	Belum sesuai Target	Kepatuhan petugas dalam melengkapi rekam medis 24 jam perlu ditingkatkan	Peningkatan komitmen melengkapi rekam medik 24 jam
					Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan	7236				
		2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan	1205	100%	Tercapai	Kepatuhan petugas dalam melengkapi form Informed consent perlu ditingkatkan	Peningkatan komitmen melengkapi form Informed Consent
					Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan	1205				
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	10	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati	158286	8	Tercapai		
					Total sampel penyediaan rekam	7479				

					medis yang diamati ( n tidak kurang dari 100 )					
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	15	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	13895	11	Tercapai		
			≤ 15 menit		Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	1021				
15.	Pengelolaan limbah	1	Baku mutu limbah cair.		Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu	100	100%	Tercapai		
			a. BOD < 30mg/l	30	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair	BOD 9,2				
			b. COD < 80mg/l	80		COD 14,2				
			c. TSS < 30 mg/l	30		TSS 3,0				
			d. pH 6 – 9	7		PH 7,15				
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati	52.529 kg	100%	Tercapai		
					Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati	52.529 kg				
16.	Administrasi Manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	100%	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan	454	100 %	Tercapai		

				Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan	454				
	2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	100%	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal tiga bulan dalam satu tahun	4	100 %	Tercapai		
				Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun	4				
	3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	100%	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun	77	100 %	Tercapai		
				Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun	77				
	4	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala.	100%	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun	233	100 %	Tercapai		
				Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	233				
	5	Karyawan yang mendapat pelatihan	≥ 60%	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	188	30,17 %	Belum sesuai Target		

			minimal 20 jam setahun.		Jumlah seluruh karyawan rumah sakit	623				
		6	Cost Recovery.	≥ 40%	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun	99.338.090.752	82,3 %	Tercapai		
					Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun	120.666.725.376				
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	100%	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan	12				
					Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan	12				
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	120	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun ( n=50/bln)	3420	5,7 menit	Tercapai		
			≤ 2 jam		Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan	600				
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai	100%	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif	0	100 %			
					Jumlah bulan pemberian insentif	13				

			kesepakatan waktu.								
17.	Ambulance / Kereta jenazah	1	Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah.	100 %	Total waktu buka ( dalam jam ) pelayanan ambulance dalam satu bulan	24 Jam	100 %				
			24 jam		Jumlah hari dalam bulan tersebut	24 Jam					
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS.	100 %	Jumlah ketersediaan ambulance yang tepat waktu dalam satu Tahun	1254	100 %				
			≤ 30 menit		Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu tahun	1254					
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan ( Ambulans Si Jago )	100 %	Jumlah permintaan ambulan dari Si Jago dari Masyarakat yang bisa dipenuhi						
					Jumlah keseluruhan permintaan ambulan si jago dari Masyarakat						
18.	Pemulasaraan Jenazah		Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	120	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan	23983	27,66 menit	Tercapai			
			≤ 2 jam		Total pasien yang diamati dalam satu bulan	867					
19.		1	Kecepatan waktu	80%	Jumlah laporan kerusakan alat yang	1391	100 %	Tercapai			

	Pelayanan Pemeliharaan RS		menanggapi kerusakan alat.		ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan					
			≤ 80%		Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu tahun	1391				
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan / servis tepat waktu dalam satu tahun	2134	99,99 % (100 %)	Tercapai		
					Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam waktu satu bulan	2156				
		3	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi.	100%	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun	538	100 %	Tercapai		
					Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun	538				
20.	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	Jumlah linen yang dihitung dalam empat hari sampling dalam satu bulan	856	100%	Tercapai		
					Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	856				
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk	100%	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu	31	100%	Tercapai		

			ruang rawat inap.		Jumlah hari dalam satu bulan	31				
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih.	75%	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih	21	92,39%	Tercapai		
			Anggota Tim PPI yang terlatih 75%		Jumlah anggota tim PPI	21				
		2	Tersedia APD di setiap Instalasi.	60%	Jumlah instalasi yang menyediakan APD	17	100%	Tercapai		
			60%		Jumlah instalasi di Rumah Sakit	17				
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ (HAI) Health care associated infection di RS (minimal 1 parameter)	75%	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan	17	100%	Tercapai		
75%	Jumlah instalasi yang tersedia			17						
22	Hemodialisis	1	Pemberi pelayanan Hemodialisa (dokter spesialis, dokter umum & perawat bersertifikat mahir hemodialisa)	100%	Jumlah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang sesuai dengan ketentuan	13	100%	Tercapai		
					Jumlah dokter spesialis, dokter umum dan perawat	13				
		2	Kepuasan Pelanggan	90%	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien hemodialisa	413	100%	Tercapai		

				Jumlah seluruh pasien hemodialisa yang disurvey	413				
		3	Waktu pelayanan hemodialisa (>= 5 jam)	5	Jumlah kumulatif jam pelayanan hemodialisa dalam satu tahun	1490	9,87	Tercapai	
					Jumlah hari dalam satu bulan	151			

Indikator Pelayanan yang diukur didalam SPM menggambarkan kualitas pelayanan dari berbagai aspek, yaitu aspek kecepatan dan ketepatan pelayanan, aspek kompetensi pemberi pelayanan, aspek keberhasilan tata laksana klinis ,aspek pencapaian program Nasional, aspek keamanan lingkungan, aspek tata laksana manajemen. Dalam pencapaian SPM juga menggambarkan kuantitas kegiatan yang dilakukan oleh masing masing Pada beberapa pencapaian SPM sebgaiian besar aspek kecepatan dan ketepatan pelayanan tercapai diseluruh unit pelayanan khususnya unit yang memberikan pelayanan kritikal seperti IGD, IBS, ICU (tercantum dalam daftar tabel SPM tiap unit).

Indikator yang belum mencapai target pada SPM sejumlah 13 Indikator yang meliputi sebagai berikut :

**Tabel 5.**

**Indikator SPM Yang Belum Mencapai Target**

<b>No.</b>	<b>Unit</b>	<b>Nama Indikator</b>	<b>Target</b>	<b>Capaian</b>	<b>Kategori Capaian</b>
1	IGD	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan bersertifikat yang masih berlaku	100%	73,91%	Sedang
2	Rajal	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis adalah Dokter Spesialis	100%	96,37%	Sangat Tinggi
3	Rawat Inap	Jam Visit Dokter Spesialis 08.00 – 14.00	100%	98,31%	Sangat Tinggi
4	Rawat Inap	Kematian Pasien >48 Jam	0,24%	0,73%	Sedang
5	IMP: Kamar Bersalin	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesario	20%	29,80%	Tinggi
6	IMP: Peristi	Kemampuan menangani BBLR (1500 – 2500 gr)	100%	96,06%	Sangat Tinggi

7.	IMP : Kamar Bersalin	Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih Jenis pelayanan KB mantap yang dilayani di RS Jumlah peserta KB di RS	100%	99,5%	Sangat Tinggi
8.	ICU	Pemberi pelayanan Unit Intensif Dokter Sp. An dan perawat dengan sertifikat perawat Mahir ICU	100 %	82%	Tinggi
9.	Radiologi	Pelaksanaan Expertise oleh Dokter Sp. Radiologi	100%	99,75%	Sangat Tinggi
10.	Farmasi	Penulisan Resep sesuai Formularium	100%	98,74%	Sangat Tinggi
11.	Rekam Medik	Kelengkapan Pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	95%	Sangat Tinggi
12.	Rehabilitasi Medik	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	99,99%	Sangat Tinggi
13.	Adminitrasi	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	>/60%	30,18%	Rendah

1. Indikator IGD, pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat yang masih berlaku BLS, PPGD, GELS/ALS dengan target 100%, capaian 73,9%. Pencapaian sudah meningkat dari tahun sebelumnya walaupun belum sesuai target. Jumlah tenaga yang cukup besar di IGD butuh pengaturan waktu dalam mengikuti pelatihan sehingga tidak dapat dicapai dalam satu kali waktu anggaran.
2. Indikator rawat Jalan, Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis adalah 100% dokter spesialis dengan capaian 96,37% atau dari 4335 buka klinik spesialis yang dilayani spesialis 4178. dikarenakan keterbatasan dokter spesialis pada saat berhalangan (tugas, sakit, ijin/cuti) atau dokter mengikuti kegiatan menjadi narasumber atau mengikuti pelatihan tidak ada dokter spesialis pengganti sehingga digantikan oleh dokter umum.
3. Indikator Rawat Inap jam visit dokter spesialis 08.00 – 14.00 target 100%, tercapai 98,31%. waktu visit yang melebihi dari waktu yang telah ditentukan yaitu jam 08.00 – 14.00 Target yang belum tercapai sehingga masih ada kejadian 1,6% kejadian visit melebihi dari jam tersebut sehingga perlu di analisis secara mendalam apakah kejadian berulang ulang atau hanya tertentu saja. Terdapat 7 ruang rawat inap di Instalasi Rawat inap, Sebagian besar tercapai yaitu bugenville, cempaka, Edelweis, flamboyan, gardenia, anggrek yang tidak tercapai hanya di ruang dahlia (ruang perawatan anak).
4. Indikator Rawat Inap, kematian pasien >48 Jam target  $\leq 0,24\%$  capaian 0,73% dikarenakan pasien datang sudah dalam kondisi terminal, beberapa yang dalam kondisi kritis pasien menolak untuk dirujuk ataupun menolak untuk dirawat di ruang intensif.
5. Indikator IMP, kemampuan menangani BBLR 1500–2500 gr target 100%, capaian 96,06%. Dikarenakan BBLR mempunyai masa perawatan yang lama sehingga fase perawatan belum diselesaikan karena pasien pulang dengan APS (Atas permintaan Sendiri) disamping itu Bayi terdapat kelainan konginetal.

6. Indikator IMP, pertolongan persalinan melalui SC target  $\leq$ 20% , capaian 30,55%. Tata laksana SC melalui screening indikasi SC sudah dilaksanakan sesuai SPO yang ada dan akan dilakukan review Kembali. Hal ini juga dipengaruhi oleh RSUD sebagai rumah sakit rujukan PONEK.
7. Indikator IMP, Pelayanan KB Mantap, yaitu prosentase pelayanan KB Mantap yang dilaksanakan di RS dibandingkan dengan keseluruhan jumlah peserta KB. Dari seluruh peserta KB di RS yang berjumlah 400 terdapat 398 yang mengikuti KB Mantap, atau 2 peserta yang tdk mengikuti KB Mantap. Dengan capaian 99,5%. Dua peserta yang tidak mengikuti KB Mantap dikarenakan alasan penyakit dalam yang diderita.
8. Indikator ICU, jumlah tenaga yang tersertifikat mahir ICU atau setara dengan target 100%, capaian 82% atau dari total 23 perawat yang sudah tersertifikasi 19 perawat dan terdapat 4 perawat yang belum tersertifikasi. Hal ini sangat dipengaruhi oleh penyelenggaraan kegiatan pelatihan yang ada yang waktu dibutuhkan untuk pelatihan cukup Panjang.
9. Indikator Radiologi, pelaksanaan Ekspertise oleh dokter spesialis radiologi dengan target 100%, capaian 99,75%. Hal ini terjadi dikarenakan pada beberapa kejadian pasien yang datang malam hari dirujuk sebelum dilakukan ekspertise yang terjadi Ketika belum memiliki teknologi PACS. Untuk Tahun 2023 telah dikembangkan PACS untuk meningkatkan respon dalam pembacaan hasil rongen.
10. Indikator Farmasi, penulisan resep sesuai formularium target 100% capaian 98,74%. Dikarenakan penggunaan obat yang urgen/penting di luar fornasi. tetapi selalu perlu dievaluasi alasan penggunaan diluar formularium. Dengan E Prescribing dokter menulis semua yang dalam formularium obat rumah sakit. Tetapi masih ada dokter yang tidak menggunakan E-Prescribe secara optimal.

11. Indikator Rekam Medik, kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dengan target 100%, capaian 95% perlu peningkatan kepatuhan petugas dalam melengkapi rekam medik dalam jangka waktu 24 jam setelah pasien pulang. Berkas Rekam Medis Rawat Inap yang disurvei dilakukan filter kelengkapan, keterbacaan penulisan dan ketepatan pengembalian berkas rekam medis maka ditemukan data sebagai berikut ketidaklengkapan pengisian dokumen RM didominasi pada aspek ketidaklengkapan RM assesmen medis Rawat inap dan Ringkasan pasien pulang Rawat Inap yang mengambil angka 5%.
  
12. Indikator Rehabilitasi Medik, Tidak adanya kejadian kesalahan Tindakan rehabilitasi medik. Dari total 835 tindakan yang dilaksanakan di rehabilitasi medik terdapat satu kesalahan yang terjadi pada bulan januari, atau capaiannya 99,88%.
  
13. Indikator Administrasi, adalah pemenuhan jam mengikuti Pendidikan pelatihan minimal 20 jam pada karyawan yang ada di RSUD KRT Setjonegoro dengan target 60% dari seluruh total karyawan yang ada. Capaian pada tahun 2023 adalah 30,18% atau hanya 188 karyawan yang telah mengikuti pelatihan 20 jam/tahun dari total karyawan 623.

### 3. Indikator Produktivitas

#### a. Jumlah kunjungan rawat jalan

Hasil kunjungan rawat jalan yang terdaftar di Dynamic Medical System (DMS) Rumah Sakit tahun 2023 terlihat dalam tabel berikut :

**Tabel 6.**  
**Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2023**  
**RSUD KRT. Setjonegoro**

No	Indikator	2022	%	2023	%	Perbandingan Th 2022 dan 2023	%
1.	BPJS	58300	67%	104862	75%	46562	79%
2.	Umum	29245	33%	34362	25%	5117	17%
3.	BPJS dan Umum	87545	100%	139224	100%	51679	59%

Analisa dari hasil capaian kunjungan rawat jalan adalah

1. Capaian kunjungan rawat jalan pada pasien BPJS tahun 2023 mencapai 104862 pasien atau sebesar 75% yaitu lebih tinggi dari kunjungan rawat jalan 2022 yaitu 58300 pasien atau sebesar 67%.
2. Capaian kunjungan rawat jalan pada pasien umum tahun 2023 mencapai 34362 pasien atau sebesar 25% yaitu lebih tinggi dari kunjungan rawat jalan 2022 yaitu 29245 pasien atau sebesar 33%.
3. Total capaian kunjungan pasien BPJS dan Umum tahun 2023 lebih tinggi dari tahun 2022, kenaikan capaian tersebut mencapai 139224 pasien atau sebesar 59%.

#### b. Jumlah Kunjungan rawat inap

Hasil kunjungan rawat inap Rumah Sakit tahun 2023 terlihat dalam tabel berikut :

**Tabel 7.**  
**Kunjungan Rawat Inap Tahun 2023**  
**RSUD KRT. Setjonegoro**

No	Indikator	2022	%	2023	%	Perbandingan Th 2022 dan 2023	%
1.	BPJS	7848	70%	12909	78%	5061	39%
2.	Umum	3274	30%	3692	22%	418	11%
3.	BPJS dan Umum	11122	100%	16601	100%	5479	33%

Analisa dari hasil capaian kunjungan rawat inap adalah

4. Capaian kunjungan rawat inap pada pasien BPJS tahun 2023 mencapai 12909 pasien atau sebesar 78% yaitu lebih tinggi dari kunjungan rawat inap 2022 yaitu 7848 pasien atau sebesar 70%. Peningkatan capaian dari tahun 2022 ke 2023 yaitu meningkat 39%.
5. Capaian kunjungan rawat inap pada pasien umum tahun 2023 mencapai 3692 pasien atau sebesar 22% yaitu lebih tinggi dari kunjungan rawat inap 2022 yaitu 3274 pasien atau sebesar 30%. Peningkatan capaian dari tahun 2022 ke 2023 yaitu meningkat 11%.
6. Total capaian kunjungan pasien BPJS dan Umum tahun 2023 lebih tinggi dari tahun 2022 yaitu mencapai 5479 pasien atau sebesar 33%.

**Tabel 8.**  
**Capaian Indikator Pelayanan Rawat Inap 2023**

NO	JENIS INDIKATOR	NILAI IDEAL	REALISASI			
			2020	2021	2022	2023
1	BOR (Bed Occupancy Rate)	60-85	37,29%	40,76%	71,15%	94,8%
2	AVLOS (Average Length Of Stay)	6-9 hari	3,29 hari	4 hari	4 hari	4 hari
3	BTO (Bed Turn Over) (tahunan)	40-50 kali	47,3 kali	34 kali	78 kali	59 kali
4	TOI (Turn Over Investment)	1-3 hari	4,09 hari	6 hari	1 hari	0 hari
5	NDR (Nett Death Rate)	< 25%o	45,27 %o	41,30 %o	20,35 %o	23,6 %o

6	GDR (Gross Death Rate)	< 45‰	46,06 ‰	49,00 ‰	36,01 ‰	51,2 ‰
---	------------------------	-------	---------	---------	---------	--------

Analisa dari hasil capaian kunjungan rawat inap adalah

1. Indikator pelayanan rawat inap 2023 merujuk pada aturan Depkes 2015 dapat dikatakan ideal dengan indikator capaian BOR yaitu mencapai 94,8%. Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan BOR pada tahun 2022 hanya mencapai 71,15%.
2. Angka *Turn Over Infertal* (TOI) Pada tahun 2023 yaitu 0 Hari, dimana angka TOI di RSUD Setjonegoro sudah ideal.
3. Angka kematian GDR dan NDR pada tahun 2023 mencapai 51,2/1000 untuk GDR dan 23,6/1000 untuk NDR dimana jumlah kasus kematian di RSUD Setjonegoro sudah Ideal.
4. Sedangkan indikator pelayanan rawat inap pada tahun 2022 *Length of Stay* (LOS) didapatkan capaian yaitu 4 Hari, sudah ideal.
5. Kemudian indikator angka *Bed Turn Over* (BTO) pada tahun 2023 mencapai 59 kali, dimana angka BTO di RSUD Setjonegoro yang menunjukkan penggunaan tempat tidur sangat tinggi sehingga dapat menggambarkan bahwa pada periode waktu tertentu pasien yang akan masuk ke rawat inap harus menunggu Tempat Tidur Kosong.

### c. Jumlah penunjang

Layanan penunjang RSUD KRT. Setjonegoro diantaranya adalah kegiatan pada radiologi dan laboratorium. Berikut merupakan rincian capaian kegiatan pada radiologi dan laboratorium RSUD KRT. Setjonegoro tahun 2023.

**Tabel 8.**

**Jumlah Kegiatan Radiologi dan Laboratorium Tahun 2023  
RSUD KRT. Setjonegoro**

No	Indikator	Tahun 2022	Tahun 2023	Perbandingan Th 2022 dan 2023	%
1.	Radiologi	21039	25709	4670	18%
2.	Laboratorium	188297	219754	31457	14%

Analisa dari hasil capaian jumlah penunjang radiologi dan laboratorium tahun 2023 adalah

1. Capaian kegiatan radiologi RSUD KRT. Setjonegoro tahun 2023 mencapai 25709, capaian tersebut lebih tinggi dari capaian tahun 2022 yaitu 21039. Perbandingan pada tahun 2022 dan 2023 pada kegiatan radiologi mencapai 4670 atau sebesar 18%.
2. Capaian kegiatan laboratorium tahun 2023 RSUD KRT. Setjonegoro mencapai 219754 yaitu lebih tinggi dari capaian tahun 2022 sebesar 188297. Perbandingan pada tahun 2022 dan 2023 pada kegiatan laboratorium mencapai 31457 atau sebesar 14%.

## **BAB III**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Melihat capaian kinerja pelayanan yang dapat kita raih, RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo secara garis besar cukup kondusif untuk dapat melaksanakan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), berdasarkan analisa internal dan eksternal RSUD KRT Setjonegoro sebagai leader, dan dalam pelayanan pada posisi sehat dan tumbuh sehingga siap untuk mengerahkan seluruh kekuatannya dalam meraih peluang sekaligus masuk dalam penetrasi pasar.

Memperhatikan kenaikan BOR yang terjadi di tahun 2023 setelah Pandemi Covid 19, bahwa kepercayaan masyarakat karena terkait keamanan rumah sakit terus meningkatkan upaya-upaya perbaikan hygiene sanitasi rumah sakit dengan menjalankan protokol kesehatan secara ketat serta peningkatan fasilitas dan budaya kerja yang baik sudah menampakkan hasil dengan peningkatan BOR pada akhir tahun 2022 dari 71,15% menjadi 94,8% pada Tahun 2023. Upaya dilanjutkan lagi secara berkelanjutan pada tahun 2024 dengan pencanangan Revolusi Pelayanan, meliputi perbaikan fasilitas pelayanan, peningkatan pelayanan public, tata kelola pelayanan yang lebih baik (mudah dan cepat).

#### **B. Hal hal yang perlu mendapat perhatian**

Dengan memperhatikan capaian kinerja RSUD bahwa Aspek indicator pelayanan rawat Inap sudah bagus dan mencapai target sedangkan aspek kinerja utama dan aspek mutu pada beberapa indicator yang belum tercapai akan mendapatkan perhatian yang serius

- 1.** Peningkatan kepuasan pasien masyarakat dalam aspek kecepatan layanan akan lebih dikembangkan pelayanan berbasis digitalisasi.
- 2.** Peningkatkan komitmen dan kepatuhan petugas dalam memenuhi ketentuan ketentuan yang ada melalui mekanisme pengelolaan SDM yang baik.
- 3.** Mengoptimalkan pengembangan sarana dan prasarana yang berdampak langsung oleh pelanggan akan lebih ditingkatkan.
- 4.** Peningkatan Kapasitas civitas hospitalia RSUD KRT. Setjonegoro dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
- 5.** Diversifikasi pelayanan akan terus menerus dilakukan dengan dukungan Alat kesehatan yang lebih canggih.

Demikian laporan kinerja pelayanan Tahun 2023 ini disusun untuk memberikan gambaran capaian dari berbagai indicator yang telah ditetapkan untuk mengukur kualitas kinerja Rumah Sakit. Diucapkan Terima kasih.