

LAPORAN KINERJA RSUD KRT. SETJONEGORO KABUPATEN WONOSOBO TAHUN 2024



JL. Setjonegoro No.01
Kabupaten Wonosobo 56311

 (0286)321091

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
BAB I PENDAHULUAN.....	3
A. Gambaran Umum.....	3
B. Karakteristik Kegiatan / Layanan RSUD	4
C. Maksud dan Tujuan	4
D. Kegiatan RSUD	5
E. Visi dan Misi RSUD KRT. Setjonegoro	6
F. Budaya RSUD KRT. Setjonegoro	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator RPJMD	10
B. Indikator Mutu Nasional (IMN).....	11
C. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM).....	12
D. Indikator Pelayanan Rawat Inap	12
BAB III LAPORAN KINERJA	13
A. Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU)	13
B. Capaian Indikator Mutu Nasional (IMN).....	14
C. Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)	16
D. Capaian Indikator Pelayanan Rawat Inap	20
E. Kegiatan Inovasi.....	21
F. Realisasi Anggaran	22
BAB IV PENUTUP	24
A. Kesimpulan.....	24
LAMPIRAN	25

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Kuasa karena rahmat dan hidayahNya kami dapat menyusun Laporan Kinerja Tahun 2024 RSUD KRT. Setjonegoro. Laporan kinerja 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 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 untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat.

DIREKTUR RSUD KRT. SETJONEGORO
KABUPATEN WONOSOBO



dr. R. DANANG SANANTO SASONGKO, MM

NIP. 196912062007011009

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 223 TT. RSUD KRT Setjonegoro memiliki lahan dengan luas 10.979m² yang terbagi menjadi:

Nomor Sertifikat	Luas	Ket
085	6095m ²	RS Bagian Timur
083	2675m ²	RS Bagian Timur
084	1356m ²	RS Bagian Barat
3412	485m ²	RS Tanah Baru
3463	368m ²	RS Tanah Baru
Total		10979m²

RSUD KRT. Setjonegoro memiliki dua gedung yaitu Gedung barat dan Gedung timur yang dihubungkan dengan selasar terdiri dari 4 lantai. RSUD KRT. Setjonegoro memiliki luas area parkir seluas 2675m².

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 Bupati Kabupaten Wonosobo Nomor: 30 tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis

Daerah Rumah Sakit Daerah pada Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo bahwa RSUD KRT. Setjonegoro merupakan UPTD bidang kesehatan berupa rumah sakit daerah pada Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo yang bersifat khusus memberikan layanan secara profesional dan memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.

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 berkeseimbangan;
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. Bedah Syaraf;
 - i. Kulit dan Kelamin;
 - j. Paru;
 - k. THT;
 - l. Mata;
 - m. Orthopedi;
 - n. Gigi;
 - o. Orthodenti;
 - p. Bedah Mulut;
 - q. Jantung dan Pembuluh Darah;
 - r. Nyeri;
 - s. Psikologi;

- t. Rehab Medik;
 - u. Fisioterapi & Terapi Wicara;
 - v. MCU (Medical Cek Up);
 - 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 ditetapkan, 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 penyelenggaraannya 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 BerAkhlak 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

TINJAUAN PUSTAKA

A. Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator RPJMD

Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan acuan ukuran kinerja yang digunakan untuk menentukan keberhasilan suatu tujuan dan sasaran strategis yang telah tersusun dalam RPJMD dan Renstra. Dengan ditetapkannya Indikator Kinerja Utama (IKU) secara formal, maka diharapkan akan diperoleh informasi kinerja yang penting dan diperlukan dalam menyelenggarakan manajemen kinerja yang lebih baik, lebih terukur dan lebih spesifik. Informasi yang diperoleh akan digunakan sebagai acuan dalam membuat keputusan/kebijakan sehingga dapat memperbaiki kegagalan, mempertahankan keberhasilan atau bahkan bisa meningkatkan kinerja dimasa yang akan datang

Mutu layanan rumah sakit dapat diukur dengan pencapaian Standar 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 Indikator Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2024 yang harus dicapai RSUD KRT. Setjonegoro adalah sebagai berikut;

Tabel 1.

**Target Indikator Kinerja Utama dan RPJMD
Kabupaten Wonosobo Tahun 2024**

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	Meningkatnya Mutu dan Keterjangkauan layanan Rumah Sakit	Respon Time Kegawatdaruratan	5 menit
		Indeks Kepuasan Layanan Rumah Sakit	83,76%
		Capaian SPM	80,52%
		Akreditasi Rumah Sakit Paripurna	100%
		BOR/Tingkat pemakaian bed pasien RS	70%
		Baku Mutu Limbah cair: COD (Chemical Oxygen Demand)	70,00

		Pemenuhan Sarpras Pendukung Kinerja Sesuai Standar Wajib dalam Regulasi RS	100%
2	Meningkatnya Akuntabilitas Kerja dan pelayanan Publik	Lama Tunggu pelayanan obat Racikan	30,78 menit
		Lama Tunggu Pelayanan Rawat Jalan	44,34 menit
		Hasil Evaluasi atas Akuntabilitas Kinerja	72,00
		Transformasi Digital (E-RM) dan E-Klaim	100%

B. Indikator Mutu Nasional (IMN)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah terdapat 13 Indikator Mutu Nasional yang harus diukur oleh Rumah Sakit.

No.	Nama Indikator	Target 2024
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%
2.	Kepatuhan penggunaan APD	100%
3.	Kepatuhan Identifikasi pasien	100%
4.	Waktu Tanggap Operasi SC Emergency	80%
5.	Waktu tunggu Rawat jalan < 60 menit	80%
6.	Penundaan operasi Elektif	5%
7.	Kepatuhan waktu visit dokter	80%
8.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
9.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%
10.	Kepatuhan terhadap alur klinis	80%
11.	Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh	100%
12.	Kecepatan waktu tanggap Komplain	80%
13.	Kepuasan Pelanggan	76%

C. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Selain itu diatur juga dalam peraturan bupati Wonosobo Nomor 23 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Wonosobo Nomor 50 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD KRT Srtjonegoro Kabupaten Wonosobo.

Sehingga RSUD KRT Setjonegoro Terdapat 100 indikator standar pelayanan minimal yang harus dicapai 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, dan pelayanan jiwa.

D. Indikator Pelayanan Rawat Inap

Indikator pelayanan rawat inap merujuk pada aturan Departemen Kesehatan tahun 2015 meliputi enam indikator.

NO	JENIS INDIKATOR	NILAI IDEAL
1	BOR (Bed Occupancy Rate)	60-85
2	AVLOS (Average Length Of Stay)	6-9 hari
3	BTO (Bed Turn Over) (tahunan)	40-50 kali
4	TOI (Turn Over Investment)	1-3 hari
5	NDR (Nett Death Rate)	< 25‰
6	GDR (Gross Death Rate)	< 45‰

BAB III
LAPORAN KINERJA

A. Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU)

Berikut merupakan capaian kinerja IKU dan indikator RPJMD RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo pada tahun 2024;

Tabel 2. Capaian Kinerja IKU Tahun 2024
RSUD KRT. Setjonegoro

No	Indikator Kinerja	Target	Capaian Tahun 2023	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Respon Time Kegawatdaruratan	5 Menit	4,27 menit	4,10 menit	4,02 menit	3,92 menit	3,91 menit	4 Menit
2	Indeks Kepuasan Layanan Rumah Sakit	83,76%	88,88 %	90,16%	90,07%	89,95%	90,71%	90%
3	Capaian SPM	80,52%	86,31 %	83 %	84%	88%	91%	91%
4	Akreditasi Rumah Sakit Paripurna	100%	100%	100 %	100%	100%	100%	100%
5	BOR/Tingkat pemakaian bed pasien RS	70%	94,8%	89,27 %	85,89%	84%	81,88%	85,26%
6	Baku Mutu Limbah cair: COD (Chemical Oxygen Demand)	70,00	29,9	17,16	55,95	39,60	42,54	38,81
7	Pemenuhan Sarpras Pendukung Kinerja Sesuai Standar Wajib dalam Regulasi RS	100%	87,5%	70,56 %	70,56%	89%	94,4%	81,13%
8	Lama Tunggu pelayanan obat Racikan	30,78 Menit	28,6 menit	33,99 menit	34,29 menit	31,62 menit	34,14 menit	33,51 menit
9	Lama Tunggu Pelayanan Rawat Jalan	44,34 Menit	42,45 menit	39,43 menit	35,65 menit	45,27 menit	32,70 menit	38,26 Menit
10	Hasil Evaluasi atas Akuntabilitas Kinerja	72,00	73,95	75,72	75,72	79,72	80,89	80,89
11	Transformasi Digital (E-RM) dan E-Klaim	100%	89,89%	91,30%	86%	78,80%	80%	80%
TOTAL CAPAIAN							113%	

Berdasarkan tabel capaian kinerja IKU dan indikator RPJMD dapat diketahui bahwa total capaian kinerja IKU dan RPJMD mencapai

113% atau dalam kondisi **sangat baik**. Dari sebelas indikator yang ada terdapat tiga indikator yang belum mencapai target capaian yang telah ditetapkan, indikator tersebut yaitu lama tunggu pelayanan obat racikan, pemenuhan sarpras pendukung kinerja sesuai standar wajib dalam regulasi RS dan transformasi digital (E-RM) dan E-Klaim.

Pada indikator lama tunggu pelayanan obat racikan memiliki capaian 33,51 menit dari target capaian yaitu 30,78 menit. Sedangkan pada indikator pemenuhan sarpras pendukung kinerja sesuai standar wajib dalam regulasi RS memiliki target 100% dan pada tahun 2024 mencapai 81,13%. Selain itu pada indikator transformasi digital (E-RM) dan E-Klaim memiliki target capaian 100% dan pada tahun 2024 sudah mencapai 80%. Sehingga akan ditindaklanjuti pada triwulan selanjutnya dan optimis tercapai pada tahun 2025.

B. Capaian Indikator Mutu Nasional (IMN)

Berikut Merupakan hasil capaian pada tahun 2024:

Tabel 3. Indikator Mutu Nasional

No.	Nama Indikator	Target 2024	Capaian 2023	Capaian TW I 2024	Capaian TW II 2024	Capaian TW III 2024	Capaian TW IV 2024	Rata-rata Capaian 2024	Capaian 2024
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	87%	87,53%	96,1%	94,5%	95.2%	93.6%	110.1%
2.	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	99,67%	99,9%	100%	100%	99.9%	99.9%
3.	Kepatuhan Identifikasi pasien	100%	99,80%	100%	100%	99,9%	98.9%	99.7%	99.7%
4.	Waktu Tanggap Operasi SC Emergency	80%	98,10%	100%	100%	100%	100%	100%	125%
5.	Waktu tunggu Rawat jalan < 60 menit	80%	42,45%	97,13%	97,13%	97,4%	98.84%	97.1%	121.3%
6.	Penundaan operasi Elektif	5%	0,90%	0,30%	0,75%	1,7%	1.2%	0.84%	168%
7.	Kepatuhan waktu visit dokter	80%	96,50%	98,77%	98,72%	97,9%	97.78%	98.2%	122.7%

No.	Nama Indikator	Target 2024	Capaian 2023	Capaian TW I 2024	Capaian TW II 2024	Capaian TW III 2024	Capaian TW IV 2024	Rata-rata Capaian 2024	Capaian 2024
8.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%	98,80%	98,96%	98,78%	99,5%	99,3%	99%	123.7%
10.	Kepatuhan terhadap alur klinis	80%	90%	95,91%	98,9%	97,1%	98,9%	96.9%	121.1%
11.	Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99.9%	99.9%
12.	Kecepatan waktu tanggap Komplain	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	125%
13.	Kepuasan Pelanggan	76%	88,88%	90,16%	90,15%	89,95%	90,5%	90.3%	118.8%

Analisa dari hasil capaian Indikator Mutu Nasional adalah

1. Capaian Kepatuhan kebersihan Tangan pada tahun 2024 mencapai 93.6%, yaitu meningkat sebanyak 110.1% dari target capaian 85% pada tahun 2024.
2. Capaian Kepatuhan Penggunaan APD tahun 2024 mencapai 99.9% dari target 100%.
3. Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien tahun 2024 mencapai 99,7%.
4. Capaian waktu tanggap operasi SC emergency tahun 2024 yaitu 100%, capaian tersebut meningkat 125% dari target capaian 80%.
5. Capaian waktu tunggu rawat jalan <60 menit jalan tahun 2024 yaitu pasien rawat jalan terlayani <60 menit sebanyak 99.7% meningkat sebanyak 121,3% dari target 80%.
6. Penundaan operasi elektif tahun 2024 yaitu 0.84%, dari target penundaan operasi elektif <5%.
7. Capaian kepatuhan waktu visit dokter tahun 2024 yaitu 98.2%, yaitu mencapai 122,7% dari target capaian 80%.
8. Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai target 100%.

9. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional tahun 2024 mencapai 99%, capaian tersebut meningkat 123.7% dari target yaitu 80%.
10. Capaian kepatuhan terhadap alur klinis tahun 2024 yaitu 99.9%, capaian tersebut meningkat 121,1% dari target capaian yaitu 80%.
11. Capaian kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh sudah mencapai target 99.9%.
12. Capaian kecepatan waktu tanggap komplain tahun 2024 yaitu 100%. Capaian tersebut meningkat 125% dari target capaian yaitu 80%.
13. Capaian kepuasan pelanggan tahun 2024 mencapai 90.3%, yaitu meningkat 118.8% dari target 76%.

C. Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Capaian SPM RSUD KRT. Setjonegoro tertera pada tabel pada lampiran.

**Tabel 4. Capaian Standar Pelayanan Minimal
RSUD KRT Setjonegoro Tahun 2024**

No.	Instalasi /Unit	Jumlah SPM	Jumlah Tercapai	Jumlah Tidak Tercapai
1.	IGD	8	8	0
2.	Rawat Jalan	7	6	1
3.	Rawat Inap	11	8	3
4.	IBS	7	7	0
5.	IMP	11	9	2
6.	ICU	2	2	0
7.	Radiologi	4	4	0
8.	Laboratorium	4	4	0
9.	Rehabilitasi Medik	3	3	0
10.	Farmasi	5	3	2
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	9	0
17.	Ambulance/ kereta jenazah	3	3	0
18.	Pemulasaraan Jenazah	1	1	0

No.	Instalasi /Unit	Jumlah SPM	Jumlah Tercapai	Jumlah Tidak Tercapai
19.	Pelayanan Pemeliharaan RS	3	3	0
20.	Pelayanan Laundry	2	2	0
21.	Hemodialisa	3	3	0
22.	PPI	3	3	0
23.	Pelayanan Jiwa	2	2	0
	Jumlah	100	91	9
	CAPAIAN SPM	91%		

Berdasarkan hasil pengukuran SPM RSUD KRT Setjonegoro Tahun 2024 terdapat 100 indikator dengan penambahan 2 indikator pada pelayanan Jiwa. Sejumlah 91 indikator yang sudah tercapai 9 indikator belum tercapai. Sehingga capaian SPM RSUD KRT. Setjonegoro mencapai 91% pada tahun 2024.

Berikut merupakan indikator SPM yang belum tercapai:

Indikator SPM Yang Belum Mencapai Target

No.	Unit	Nama Indikator	Target	Capaian	Kategori Capaian
1.	Rajal	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis adalah Dokter Spesialis	100%	97,88%	Sangat Tinggi
2.	Rawat Inap	Jam Visit Dokter Spesialis 08.00 – 14.00	100%	98,00%	Sangat Tinggi
3.	Rawat Inap	Kematian Pasien >48 Jam	0,24%	1,10 %	Sangat Rendah
4.	Rawat Inap	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	99,00%	Sangat Tinggi
5.	IMP: Kamar Bersalin	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesario	<20%	30,27%	Rendah

No.	Unit	Nama Indikator	Target	Capaian	Kategori Capaian
6.	IMP: Peristi	Kemampuan menangani BBLR (1500 – 2500 gr)	100%	94,84%	Sangat Tinggi
7.	Farmasi	Penulisan Resep sesuai Formularium	100%	99,09%	Sangat Tinggi
8.	Farmasi	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%	99,98%	Sangat Tinggi
9.	Rekam Medik	Kelengkapan Pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	98,22%	Sangat Tinggi

1. Indikator Rawat Jalan, Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis adalah 100% dokter spesialis dengan capaian 98,58% 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. Analisa khusus kebutuhan tenaga pada dokter spesialis yang jumlahnya hanya 1, untuk direncanakan penambahan.
2. Indikator Rawat Inap jam visit dokter spesialis 08.00 – 14.00 target 100%, tercapai 97,48%. waktu visit yang melebihi dari waktu yang telah ditentukan yaitu jam 08.00 – 14.00 Target yang belum tercapai sehingga masih ada kejadian 2,52% kejadian visit melebihi dari jam tersebut. Kejadian visit melebihi dari jam yang telah ditentukan terjadi pada dokter spesialis dengan pola yang menyelesaikan poli terlebih dahulu atau ada kegiatan diluar baru melakukan visit ke ruangan.

3. Indikator Rawat Inap, Kematian Pasien >48 Jam memperoleh capaian 1,25% dari target <0,24% terjadi karena pasien yang dirawat telah dalam kondisi terminal, dan kejadian pasien yang menolak untuk dilakukan rujuk.
4. Indikator Rawat Inap, Kejadian Pulang Paksa memperoleh capaian 5,36% dari target <5%. Standar secara umum tercapai, kejadian APS cukup tinggi di ruang nifas dimana pasien APS karena menolak tindakan SHK. Hal ini dikarenakan keluarga pasien menolak menunggu hingga waktu pemeriksaan SHK.
5. Indikator IMP, pertolongan persalinan melalui SC target \leq 20%, capaian 37,68%. Tata laksana SC melalui screening indikasi SC sudah dilaksanakan sesuai SPO yang ada. Sebagai Rumah Sakit Rujukan PONEK di Kabupaten Wonosobo RSUD KRT Setjonegoro berpotensi melakukan SC Emergency.
6. Indikator IMP, kemampuan menangani BBLR 1500–2500 gr target 100%, capaian 92,62%. 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.
7. Indikator Farmasi, penulisan resep sesuai formularium target 100% capaian 99,69%. Dikarenakan penggunaan obat yang urgen/penting di luar furnas.
8. Indikator Farmasi, Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat memiliki target 100% dengan capaian pada tahun 2024 yaitu 99,98% karena masih terdapat kejadian.
9. Indikator Rekam Medik, kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dengan target 100%, capaian 98,69% 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.

D. Capaian Indikator Pelayanan Rawat Inap

Berikut merupakan capaian indikator pelayanan rawat inap merujuk pada aturan Depkes 2015 sebagai berikut:

**Tabel 5. Capaian Indikator Pelayanan Rawat Inap
Triwulan IV tahun 2024**

NO	JENIS INDIKATOR	NILAI IDEAL	2023	Capaian TW I 2024	Capaian TW II 2024	Capaian TW III 2024	Capaian TW IV 2024	2024
1	BOR (Bed Occupancy Rate)	60-85	94,8%	89,27%	85,89%	84%	81,88%	85,26%
2	AVLOS (Average Length Of Stay)	6-9 hari	4 hari	3 hari	3 hari	3 hari	3 hari	3 hari
3	BTO (Bed Turn Over) (tahunan)	40-50 kali	59 kali	24 kali	24 kali	23 kali	86 kali	39 kali
4	TOI (Turn Over Investment)	1-3 hari	0 hari	0 hari	1 hari	0 hari	1 hari	1 hari
5	NDR (Nett Death Rate)	< 25‰	23,6‰	14,9‰	18‰	20‰	19,25‰	18,03‰
6	GDR (Gross Death Rate)	< 45‰	51,2‰	33,4‰	38‰	41‰	40,57‰	38,24‰

Analisa dari hasil capaian kunjungan rawat inap adalah

1. Capaian BOR RSUD KRT. Setjonegoro pada tahun 2024 mencapai 85,26%. Nilai tersebut sudah melebihi dari nilai ideal, sehingga dibutuhkan untuk menambah TT.
2. Indikator pelayanan rawat inap pada tahun 2024 *Length of Stay* (LOS) didapatkan capaian yaitu 3 Hari.
3. Indikator angka *Bed Turn Over* (BTO) pada tahun 2024 mencapai 39 kali.

4. Angka *Turn Over Infertal* (TOI) pada tahun 2024 yaitu 1 Hari.
5. Angka kematian GDR dan NDR pada tahun 2024 mencapai 38,24/1000 untuk GDR, dan 18,03/1000 untuk NDR dimana jumlah kasus kematian di RSUD Setjonegoro sudah Ideal.

E. Kegiatan Inovasi

Inovasi adalah proses pembaruan, pengembangan, atau pemanfaatan untuk menciptakan sesuatu yang baru dan berbeda. Inovasi bisa berupa penemuan baru dalam teknologi, metode atau alat.

Pengukuran Tingkat inovasi di RSUD KRT Setjonegoro sebagai Organisasi milik Pemerintah Daerah berpartisipasi atau mengikuti ketentuan yang ada dalam Kementrian Dalam Negeri dan Kementrian Pendayagunaan Aparatur Negara yang disebut dalam IID (Indeks Inovasi Daerah) dan KIPP (Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik). RSUD KRT Setjonegoro selalu berperan aktif . Pada IID RSUD KRT Setjonegoro telah menyampaikan ada 12 inovasi, dan pada KIPP RSUD mengajukan 6 Inovasi dan lolos maju tahap lanjut terdapat 3 Inovasi (yaitu PIALA CITRA, Metode Promosi melalui Pedagang kaki lima, E BOOK ARUM, Edukasi pada Ibu Nifas /pasca persalinan dan Peri Manis, pemberian makanan gratis bagi penunggu kelas III).

Inovasi yang dilaksanakan di RSUD KRT Setjonegoro di dorong untuk dilaksanakan oleh semua unit . Unit dalam melakukan pekerjaan kendala yang ada untuk mengatasinya mencari Solusi dengan berinovasi. Tim Inovasi yang ditetapkan Direktur mendampingi unit dalam penyusunan program inovasi. Forum yang ada tahunan dilaksanakan melalui konvensi mutu. Khusus dalam pengembangan Transformasi Digital akan senantiasa mengikuti regulasi yang ada khususnya pada ketentuan yang ada di BPJS yang capaian. Unit unit saat ini pasti sudah banyak yang mengembangkan inovasi untuk melaksanakan kegiatan sehingga perlu ada system pemantauan dan mematenkan inovasi tersebut.

F. Realisasi Anggaran

Berikut merupakan realisasi anggaran APBD RSUD KRT. Setjonegoro sampai dengan akhir tahun 2024;

**Tabel 6. Realisasi Anggaran APBD
Sampai Dengan Akhir Tahun 2024**

Program dan Kegiatan RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo

PROGRAM/KEGIATAN	ANGGARAN	REALISASI	PERSENTASE
Pendapatan	Rp. 122.000.000.000	Rp. 118.362.469.554	97,02%
Belanja	Rp. 153.971.805.157	Rp. 144.538.939.655	93,87%
Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah kabupaten/Kota			
▪ Pemenuhan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp. 26.499.162.915	Rp. 25.892.800.424	97,71%
▪ Peningkatan Pelayanan BLUD	Rp. 127.472.642.242	Rp. 118.646.139.231	93,08%

Dari penjabaran realisasi anggaran diatas dapat di ketahui bahwa:

1. Realisasi pendapatan pada tahun 2024 mencapai Rp. 118.362.469.554 dengan presentase 97,02% dari total anggaran pendapatan senilai Rp. 122.000.000.000.
2. Program penunjang urusan pemerintah daerah kabupaten/kota memiliki dua kegiatan yaitu pemenuhan gaji dan tunjangan ASN dan peningkatan pelayanan BLUD. Pada kegiatan pemenuhan gaji dan tunjangan ASN memiliki realisasi anggaran senilai Rp.25.892.800.424. Realisasi anggaran tersebut memiliki persentase sebesar 97,71% dari anggaran senilai Rp. 26.499.162.915. Sedangkan pada kegiatan peningkatan pelayanan BLUD memiliki realisasi anggaran senilai Rp. 118.646.139.231 Realisasi tersebut memiliki persentase sebesar 93,08% dari anggaran Rp.127.472.642.242.
3. Sehingga total realisasi anggaran dari seluruh program dan kegiatan RSUD KRT. Setjonegoro sampai pada tahun 2024 senilai Rp.

144.538.939.655 Realisasi anggaran tersebut memiliki persentase sebesar 93,87% dari anggaran seluruh program dan kegiatan senilai Rp. 153.971.805.157.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan tabel dan uraian capaian kinerja pada bab II tahun 2024 dapat diketahui bahwa capaian IKU dan indikator RPJMD sebesar 113% atau dalam kategori sangat baik. Pada capaian SPM, RSUD KRT. Setjonegoro mendapat capaian 91%. Melihat capaian kinerja 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 dalam pelayanan pada posisi sehat dan tumbuh sehingga siap untuk mengerahkan seluruh kekuatannya dalam meraih peluang sekaligus masuk dalam penetrasi pasar.

Laporan capaian ini digunakan sebagai evaluasi dan perbaikan pada indikator yang belum mencapai target capaian yang telah ditentukan, serta mempertahankan capaian pada indikator yang telah tercapai atau melampaui target capaian. Upaya dilanjutkan lagi secara berkelanjutan pada tahun 2025 dengan pencanangan Revolusi Pelayanan, meliputi perbaikan fasilitas pelayanan, peningkatan pelayanan public, tata kelola pelayanan yang lebih baik (mudah dan cepat) agar pelayanan di RSUD KRT. Setjonegoro dapat lebih baik lagi.

Demikian laporan kinerja tahun 2024 ini disusun untuk memberikan gambaran capaian dari berbagai indikator yang telah ditetapkan untuk mengukur kualitas kinerja rumah sakit.

LAMPIRAN

Standar Pelayanan Minimal

Tahun 2024

RSUD KRT. SETJONEGORO

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
1.	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	100%	persen	Jumlah kumulatif pasien yg mendapatkan pertolongan life saving di UGD.	26380	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien yg membutuhkan penanganan life saving di UGD.	26380				
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat/(24 Jam)	24%	Jam	Jumlah kumulatif jam buka UGD dlm satu tahun	8784	24	100%	Tercapai	
						Jumlah hari dlm satu tahun.	366				
		3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : BLS/PPGD/GEL S/ALS	100%	persen	Jumlah tenaga yg bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS /PPGD.	50	100,00%	100%	Tercapai	
						Jumlah tenaga yg memberikan pelayanan kegawat daruratan.	50				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana/ (satu tim)	100%	tim	Jumlah tim penanggulangan bencana yg ada di rumah sakit.	1	1	100%	Tercapai	
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat/ (\leq 5 menit terlayani setelah pasien datang)	5	menit	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter.	2394	3,99	125%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50).	600				
		6	Kepuasan pelanggan. (\geq 70%)	70%	persen	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei.	507	85%	121%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n = 50).	600				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT	
						2024						
		7	Kematian pasien < 24 jam. (≤ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	2/1000	permil	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang di Gawat Darurat.	32	1,21	165%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.	26380					
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	100%	persen	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka.	26388	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat.	26388					
2.	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis.(100% dokter spesialis)	100%	persen	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu tahun.	4298	97,88 %	97,88%	Belum Sesuai target	Tidak ada Dokter Spesialis pengganti	Pengaturan Jadwal Dokter
						Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu tahun.	4391					Penambahan Dokter spesialis
		2	Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak	tim	Tidak ada	48	100%	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
			b. Klinik Peny. Dalam c. Klinik Kebidana n d. Klinik Bedah								
		3	Jam buka Pelayanan (Jam 08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 - 11.00)	100%	persen	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam satu tahun. Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam satu tahun.	4298 4298	100%	100%	Tercapai	
		4	Waktu tunggu di rawat jalan. (≤ 60 menit)	60	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey. Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey.	185419 5033	36,84	163%	Tercapai	
		5	Kepuasan Pelanggan. (≥ 90%)	90%	persen	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.	3209	99,66 %	110,73%	Tercapai	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)	3220					
		6	> 60%	persen	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam satu Tahun	1034	99,04 %	165%	Tercapai		
					Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam satu tahun	1044					
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS. (≥ 60%)	>60%	persen	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan	785	98,25 %	164%	Tercapai		
					Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit	799					
3.	Rawat Inap	1	100%	persen	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.	230	100%	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
			a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal D3		Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.	230					
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	persen	Jumlah pasien dalam satu tahun yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	1302	100%	100%	Tercapai	
			Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu tahun			1302					
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap. a. Anak b. Peny. Dalam c. Kebidanan d. Bedah	100%	persen	Tidak ada	100%	100%	100%	Tercapai	
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	persen	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s/d 14.00 yang disurvei	14317	98,00 %	98,00%	Tidak Tercapai	Membangun Komitmen

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		08.00 - 14.00 setiap hari			Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.	14646					
		Kejadian infeksi pasca operasi	1,50%	persen	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu tahun.	2	0,07 %	2142,9%	Tercapai		
		≤ 1.5%			Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu tahun	3039					
		Kejadian infeksi nosokomial	1,50%	Persen	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu tahun.	0	100%	100,00%	Tercapai		
		≤ 1.5%			Jumlah pasien rawat inap dalam satu tahun	18430					
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian.	100%	persen	Jumlah pasien dirawat dalam tahun tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian	18394	99%	99,00%	Tidak Tercapai	Terdapat 1 pasien Jatuh yang berakibat meninggal dan 1	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah pasien dirawat dalam tahun tersebut	18396				pasien cidera	
		Kematian pasien > 48 Jam			Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 Jam dalam satu tahun	203					
		≤ 0.24%	0,24%	persen	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu tahun.	18026	1,10 %	21,82%	Tidak Tercapai	Standar secara umum tercapai, namun di beberapa ruang ada jumlah kematian dibanding jumlah pasien yang tidak sesuai standar. Hal ini dikarenakan an pasien datang saat dalamkon disi terminal dan geriatri kemudian pasien kritis menolak perawatan lebih lanjut seperti	Telaah kasus kematian pasien rawat inap > 48 jam

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
										dirujuk atau pindah ke ruang rawat intensif	
		Kejadian pulang paksa.	5%	persen	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu tahun	227	1,26 %	396,83%	Tercapai		
	9	≤ 5 %			jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu tahun	18026					
		Kepuasan Pelanggan.	90%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen).	94,00%		104%	Tercapai		
	10	≥ 90%									

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		Rawat Inap TB			Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.						
		1 1 a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB (>=60%)	60%	persen	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu satu tahun.	308	98,70 %	165%	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 dengan sistem skoring sehingga	
					Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS	312					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
										tidak selalu dilakukan pemeriksaan mikroskopis.	
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS (>=60%)	60%	persen	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan	395	99,7 %	166%	Tercapai		
					Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS	396					
4.	Bedah Sentral	1 Waktu Tunggu operasi elektif ≤2 hari	2 Hari	Hari	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu tahun.	3606	1	200%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam tahun tersebut	3606					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1%	≤ 1%	persen	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu tahun	1	0,03 %	3333%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu tahun	3997					
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu tahun.	3997	100%	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun.	3997					
Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu tahun.	3997	100%	100%	Tercapai				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun	3997					
		5 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun dikurangi jumlah operasi salah tindakan dalam waktu satu tahun.	3997	100%	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun.	3997					
		6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu tahun.	4001	100%	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu tahun.	4001					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.(≤ 6 %)	6%	persen	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianaste si dalam satu tahun	0	0	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu tahun	3203				
5.	Persalinan, Perinatologi (Kecuali RS khusus diluar RS ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan.								
			a. Perdarahan ≤1%	1%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan	0	0	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan	199				
	b. Pre-eklampsia ≤30%	30%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/eklam psia	0	0	100%	Tercapai			

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pre eklampsia/eklampsia	11					
		c. Sepsis \leq 0.2%	0,20%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis	6	100%	100%	Tercapai		
					Jumlah pasien-pasien persalinan dengan sepsis.	6					
		2 Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	tim	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal	26	100%	100%	Tercapai		
			a. Dokter Sp.OG		Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal	26					
			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)								
			c. Bidan								

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
3		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	tim	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih	12	100%	100%	Tercapai		
		Tim PONEK yang terlatih									
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.	100%	persen	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi	10	100%	100%	Tercapai	
		a. Dokter Sp.OG			Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi	10					
		b. Dokter Sp.A.									
		c. Dokter Sp.An.									
5		Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	100%	persen	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani	404	94,84 %	94,84%	Belum sesuai target	BBLR periode rawat lama, Keluarga memaksa kan membawa pulang	Meningkatkan edukasi kepada keluarga
					Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani	426					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
6		Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria ≤ 20%	20%	persen	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu tahun	455	30,27 %	66,07%	Belum sesuai target	SC sudah Sesuai indikasi	Selalu dilakukan skrinning indikasi SC
					Jumlah seluruh persalinan dalam satu tahun	1503					
7		Keluarga Berencana	100%		Jenis pelayanan KB mantap				Tercapai		
		a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih		persen	Jumlah peserta KB	501	100%	100%			
		b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.		persen	Jumlah konseling layanan KB mantap	501	100%	100%			
	Jumlah peserta KB mantap	501									
8		Kepuasan pelanggan	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	89,37%		112%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					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%	persen	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu tahun	8	1%	300%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu tahun	745				
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	100%	persen	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		100%	100%	Tercapai	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
			a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani.		Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif	22					
			b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara D4			22					
7.	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto.	3 jam	jam	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu tahun	15230	1,06	283%	Tercapai	
					Jumlah pasien yang di foto thorax dalam tahun tersebut	14358					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		2	Pelaksanaan ekspertis. Dokter Sp. Rad	100%	persen	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu tahun	28664	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu tahun	28664				
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.	2%	persen	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu tahun	22	0,17 %	1211%	Tercapai	
			Kerusakan foto ≤ 2%			Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu tahun	13317				
4	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas	666	95%	119%	Tercapai			
				Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	702						
8.	Lab. Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	140	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu tahun	853717	34,35	408%	Tercapai	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam tahun tersebut	24856					
		2	Pelaksanaan ekspertisi	100%	persen	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu tahun	65668	100%	100%	Tercapai	
					Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu tahun	65668					
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	persen	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu tahun dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu tahun	24856	100%	100%	Tercapai	
					Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam tahun tersebut	24856					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		4	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	1041	100%	125%	Tercapai	
						Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	1041				
9.	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan.	50%	persen	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam tiga tahun	469	4,37 %	3649,64%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga tahun	10728				
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	persen	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga tahun dikurangnya mengalami kesalahan tindakan dalam 1 tahun	20594	100%	100,0%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu tahun	20594				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		3	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	319	100%	125%	Tercapai	
						Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	319				
10.	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan								
			a. Obat jadi ≤30 menit	30	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu tahun	856222	27,72	108%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang disurvei dalam tahun tersebut	30883				
		b. Obat racikan ≤60 menit	60	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu tahun	413729	34,68	173%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah pasien yang disurvei dalam tahun tersebut	11929					
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	persen	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat	239418	99,98 %	99,98%	Tidak Tercapai		
					Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei	239456					
		3 Kepuasan Pelanggan	≥80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	938	91%	114%	Tercapai		
					Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	1028					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		4	Penulisan resep sesuai formularium.	100%	persen	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu tahun	500173	99,09 %	99,09%	Tidak Tercapai	
						Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu tahun (n minimal 50)	504749				
11.	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	90%	persen	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu tahun	9805	98,95 %	110%	Tercapai	
			≥ 90%			Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei	9909				
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20%	persen	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu tahun	164	9,20 %	217%	Tercapai	
			≤ 20%			Jumlah pasien yang disurvei dalam satu tahun	1782				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	100%	persen	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet	3025	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang disurvei dalam satu tahun	3025				
12.	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	persen	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu tahun	2503	100%	100%	Tercapai	
			100% terpenuhi			Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu tahun	2503				
		2	Kejadian reaksi transfusi.	0,01%	persen	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu tahun	0	0	100%	Tercapai	
			≤ 0.01%			Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu tahun	2503				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
13.	Pelayanan BPJS	1	100%	persen	Jumlah pasien BPJS yang dilayani rumah sakit dalam satu tahun	139746	100%	100,0%	Tercapai		
		100% terlayani			Jumlah seluruh pasien BPJS yang datang ke rumah sakit dalam satu tahun	139746					
14.	Rekam Medik	1	100%	persen	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu tahun yang diisi lengkap	17516	98,22 %	98,22%	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 tahun	17833					
		2	100%	persen	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu tahun	2860	100%	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu tahun	2865					
		3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	10	menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati	130833	3,52	284%	Tercapai		
					Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (n tidak kurang dari 100)	37155					
		4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap. ≤ 15 menit	15	menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	155612	11,98	125%	Tercapai		
					Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	12993					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
15.	Pengelolaan limbah	1	Baku mutu limbah cair.		persen	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu	4	100%	100%	Tercapai	
			a. BOD < 30mg/l	30		Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair	4				
			b. COD < 80mg/l	80							
			c. TSS < 30 mg/l	30							
			d. pH 6 – 9	7							
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	persen	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati	58339	100%	100%	Tercapai	
		Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati	58339								

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
16.	Administrasi/Manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	100%	persen	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu tahun	686	100%	100%	Tercapai	
						Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu tahun	686				
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	100%	persen	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal tiga tahun dalam satu tahun	6	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun	6				
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	100%	persen	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun	90	100%	100%	Tercapai	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
					Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun	90					
		4 Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala.	100%	persen	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun	178	100%	100%	Tercapai		
					Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	178					
		5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	≥ 60%	persen	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	392	60,40 %	100,67%	Tercapai	Capaian pada TW IV merupakan akumulasi capaian selama satu tahun dari januari hingga desember 2024	
					Jumlah seluruh karyawan rumah sakit	649					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		6	Cost Recovery.	≥ 40%	persen	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun	Rp118.407.590.912	99,80 %	249%	Tercapai	
						Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun	Rp118.646.138.880				
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	100%	persen	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap tahun berikutnya dalam tiga tahun	12	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga tahun	12				
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	120	menit	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun (n=50/bln)	12243	6,99	1716%	Tercapai	
			≤ 2 jam			Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun	1751				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	persen	Jumlah tahun dengan kelambatan pemberian insentif	100%	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah tahun pemberian insentif					
17.	Amtahunce / Kereta jenazah	1	Waktu pelayanan Amtahunce / Kereta Jenazah.	100%	persen	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan amtahunce dalam satu tahun	8760	100%	100%	Tercapai	
			24 jam			Jumlah hari dalam bu					
		2	Kecepatan memberikan pelayanan amtahunce / kereta jenazah di RS.	100%	menit	Jumlah ketersediaan amtahunce yang tepat waktu dalam satu Tahun	4221	14,92	201%	Tercapai	
≤ 30 menit	Jumlah seluruh permintaan amtahunce dalam satu tahun		283								
		3		100%	persen		100%	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		Response time pelayanan amthunce oleh masyarakat yang membutuhkan Ambulace si Jago			Jumlah permintaan amthun dari Si Jago dari Masyarakat yang bisa dipenuhi Jumlah keseluruhan permintaan amthun si jago dari Masyarakat						
18.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	120	menit	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu tahun Total pasien yang diamati dalam satu tahun	30513 997	30,60	392%	Tercapai		
19.	Pelayanan Pemeliharaan RS	1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	80%	persen	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu tahun Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu tahun	1694 1700	99,65 %	125%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT		
						2024							
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	persen	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan / servis tepat waktu dalam satu tahun	1486	100%	100%	Tercapai			
						Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam waktu satu tahun	1486						
		3	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi.	100%	persen	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun	549	100%	100%	Tercapai			
						Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun	549						
		20.	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	persen	Jumlah linen yang dihitung dalam empat hari sampling dalam satu tahun	73426	100%	100%	Tercapai	
								Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	73426				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	100%	persen	Jumlah hari dalam satu tahun dengan penyediaan linen tepat waktu	366	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah hari dalam satu tahun	366				
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih.	75%	persen	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih	174	94%	125%	Tercapai	
			Anggota Tim PPI yang terlatih 75%			Jumlah anggota tim PPI	186				
		2	Tersedia APD di setiap Instalasi.	60%	persen	Jumlah instalasi yang menyediakan APD	17	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah instalasi di Rumah Sakit	17				
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ (HAI) Health care associated infection di RS (minimal 1 parameter)	75%	persen	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan	11	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah instalasi yang tersedia	11				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
22	Hemodialisis	1	Pemberi pelayanan Hemodialisa (dokter spesialis, dokter umum & perawat bersertifikat mahir hemodialisa)	100%	persen	Jumlah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang sesuai dengan ketentuan	16	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah dokter spesialis, dokter umum dan perawat	16				
		2	Kepuasan Pelanggan	90%	persen	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien hemodialisa	82173	91,21 %	101%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien hemodialisa yang disurvey	90090				
		3	Waktu pelayanan hemodialisa (≥ 5 jam)	5	jam	Jumlah kumulatif jam pelayanan hemodialisa dalam satu tahun	3281	11	213%	Tercapai	
						Jumlah hari dalam satu tahun	308				
23	Pelayanan Jiwa	1	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri dari Pasien Gangguan Jiwa	100	persen	Jumlah pasien bunuh diri	0	0%	100%	Tercapai	
						jumlah pasien selama 1 tahun	170				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN		CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT
						2024					
		2	Kejadian readmision pasien gangguan jiwa dalam waktu perawatan kurang dari 1 tahun	100	persen	kejadian readmision	0	100%	100%	Tercapai	
					jumlah pasien selama 1 tahun	158					