



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
**KRT. SETJONEGORO**  
WONOSOBO

# LAPORAN KINERJA RSUD KRT. SETJONEGORO KABUPATEN WONOSOBO TAHUN 2025



**JL. Setjonegoro No.01**  
**Kabupaten Wonosobo 56311**



**(0286)321091**

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>2</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>3</b>
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
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
A.    Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator RPJMD.....	10
B.    Indikator Mutu Nasional (IMN) .....	11
C.    Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM).....	11
D.    Indikator Pelayanan Rawat Inap.....	12
<b>BAB III LAPORAN KINERJA .....</b>	<b>13</b>
A.    Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) .....	13
B.    Capaian Indikator Mutu Nasional (IMN).....	14
C.    Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) .....	15
D.    Capaian Indikator Pelayanan Rawat Inap .....	19
E.    Kegiatan Inovasi.....	19
F.    Realisasi Anggaran.....	21
<b>BAB IV PENUTUP .....</b>	<b>23</b>
A.    Kesimpulan.....	23
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>24</b>

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah Yang Maha Kuasa karena rahmat dan hidayahNya kami dapat menyusun Laporan Kinerja Tahun 2025 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 2025 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 B milik Pemerintah Kabupaten Wonosobo. Rumah sakit ini terletak dipusat kota Wonosobo dengan kapasitas tempat tidur terpasang saat ini (paska pembangunan) adalah 234 TT. RSUD KRT Setjonegoro memiliki lahan dengan luas 10.979m<sup>2</sup> yang terbagi menjadi:

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

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 2675m<sup>2</sup>.

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 berkelanjutan;

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 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 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 2025 yang harus dicapai RSUD KRT. Setjonegoro adalah sebagai berikut;

**Tabel 1.**

**Target Indikator Kinerja Utama dan RPJMD  
Kabupaten Wonosobo Tahun 2025**

No.	Sasaran Strategis	Indikator Program	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya Kualitas Penyelenggaraan Publik	Indeks Kepuasan Masyarakat	84 %
		Hasil Evaluasi atas Akuntabilitas Kinerja	80%
		Indeks Maturitas Digital	80%
2.	Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan	Respon time Kegawatdaruratan	5 Menit
		Capaian SPM	82 %
		Akreditasi Rumah Sakit paripurna	100 %

	BOR/ Tingkat pemakaian bed pasien RS	80%
	Pemenuhan Sarpras Pendukung KRIS	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 101 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.

<b>NO</b>	<b>JENIS INDIKATOR</b>	<b>NILAI IDEAL</b>
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 2025;

**Tabel 2. Capaian Kinerja IKU Tahun 2025  
RSUD KRT. Setjonegoro**

No	Indikator Program	Target 2025	Capaian TW I	Capaian TW II	Capaian TW III	Capaian TW IV	Rata-Rata Capaian 2025	Capaian (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Indeks Kepuasan Masyarakat	84	90,56	90,60	90,49	90,28	97,21 (Hasil hingga akhir tahun)	115%
2	Hasil Evaluasi atas Akuntabilitas Kinerja	80%	80,89	81,93	81,93	82,55	81,82	102%
3	Indeks Maturitas Digital	80%	80%	80%	80%	80%	80%	100%
4	Respon time Kegawatdaruratan	5 Menit	3,93 Menit	3,90 Menit	4,43 Menit	4,20 Menit	4,12 Menit	119%
5	Capaian SPM	82 %	87%	86,14%	89,10%	89,10%	90,09%	109%
6	Akreditasi Rumah Sakit paripurna	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	BOR/ Tingkat pemakaian bed pasien RS	80%	85,65%	81,46%	84,51%	85,71%	84%	105%
8	Pemenuhan Sarpras Pendukung KRIS	100%	71,88%	80,22%	85%	100%	84%	84%
<b>Rata-Rata Capaian</b>								<b>104%</b>

Berdasarkan tabel capaian kinerja IKU dan indikator RPJMD dapat diketahui bahwa total capaian kinerja IKU dan RPJMD mencapai **104%** atau dalam kondisi **sangat baik**.

## B. Capaian Indikator Mutu Nasional (IMN)

Berikut Merupakan hasil capaian pada tahun 2025:

**Tabel 3. Indikator Mutu Nasional**

No.	Nama Indikator	Target 2025	TW I	TW II	TW III	TW IV	Capaian TW IV(%)	2025
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	96.9	94.7	94.4	95	111%	112%
2.	Kepatuhan penggunaan APD	100%	99.9	99.96	100	100	100%	100%
3.	Kepatuhan Identifikasi pasien	100%	100	100	99.98	100	99.98%	99.9%
4.	Waktu Tanggap Operasi SC Emergency	80%	100	100	100	100	125%	125%
5.	Waktu tunggu Rawat jalan < 60 menit	80%	97.2	96.4	100	98.6	125%	125%
6.	Penundaan operasi Elektif	5%	0	0.1	0,1	0.1	100%	100%
7.	Kepatuhan waktu visit dokter	80%	98.5	97.3	98,0	98.64	122.5%	122.6%
8.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100	100	100	100	100%	100%
9.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%	99.9	99.9	100	99.99	125%	125%
10.	Kepatuhan terhadap alur klinis	80%	97.6	99.2	99.2	97.9	124%	124%
11.	Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh	100%	100.0	100	100	98.6	100%	100%
12.	Kecepatan waktu tanggap Komplain	80%	100.0	100	100	100	125%	125%
13.	Kepuasan Pelanggan	76%	90.9	91.26	94.4	90.1	124.2%	120.5%

Analisa dari hasil capaian Indikator Mutu nasional adalah

1. Capaian Kepatuhan kebersihan Tangan pada triwulan IV tahun 2025 mencapai 95%, yaitu meningkat sebanyak 112% dari target capaian 85% pada tahun 2025.
2. Capaian Kepatuhan Penggunaan APD triwulan IV tahun 2025 mencapai 100% dari target 100%.
3. Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien triwulan IV tahun 2025 mencapai 99.99%.
4. Capaian waktu tanggap operasi SC emergency triwulan IV tahun 2025 yaitu 100%, capaian tersebut meningkat 125% dari target capaian 80%.

5. Capaian waktu tunggu rawat jalan <60 menit jalan triwulan IV tahun 2025 yaitu pasien rawat jalan terlayani <60 menit sebanyak 100% meningkat sebanyak 125% dari target 80%
6. Penundaan operasi elektif triwulan IV tahun 2025 yaitu 0.1% dari target penundaan operasi elektif <5%
7. Capaian kepatuhan waktu visit dokter triwulan IV tahun 2025 yaitu 98.0%, yaitu mencapai 122,6% dari target capaian 80%.
8. Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai target 100%.
9. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional triwulan IV tahun 2025 mencapai 99.9%, capaian tersebut meningkat 125% dari target yaitu 80%.
10. Capaian kepatuhan terhadap alur klinis triwulan IV tahun 2025 yaitu 97.9%, capaian tersebut meningkat 124% dari target capaian yaitu 80%.
11. Capaian kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh sudah mencapai target 100%.
12. Capaian kecepatan waktu tanggap komplain triwulan IV tahun 2025 yaitu 100%. Capaian tersebut meningkat 125% dari target capaian yaitu 80%.
13. Capaian kepuasan pelanggan triwulan IV tahun 2025 mencapai 90.2%, yaitu meningkat 120.5% 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 2025**

No.	Instalasi /Unit	Jumlah SPM	Jumlah Tercapai	Jumlah Tidak Tercapai
1.	IGD	8	8	0
2.	Rawat Jalan	7	7	0
3.	Rawat Inap	11	8	3
4.	IBS	7	7	0
5.	IMP	11	9	2
6.	ICU	2	1	1
7.	Radiologi	4	4	0
8.	Laboratorium	4	4	0
9.	Rehabilitasi Medik	3	3	0
10.	Farmasi	5	2	3
11.	Gizi	3	3	0
12.	Bank Darah	2	2	0
13.	Pelayanan BPJS	1	1	0

14.	Rekam Medik	4	4	0
15.	Pengelolaan Limbah	2	2	0
16.	Administrasi dan Manajemen	9	8	0
17.	Ambulance/ kereta jenazah	3	3	0
18.	Pemulasaraan Jenazah	1	1	0
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	3	2	1
	<b>Jumlah</b>	<b>101</b>	<b>91</b>	<b>10</b>
	<b>CAPAIAN SPM</b>	<b>90,09%</b>		

Berdasarkan hasil pengukuran SPM RSUD KRT Setjonegoro Tahun 2025 terdapat 101 indikator dengan penambahan 1 indikator pada pelayanan Jiwa. Sejumlah 91 indikator yang sudah tercapai 10 indikator belum tercapai. Sehingga capaian SPM RSUD KRT. Setjonegoro mencapai 90,09% pada tahun 2025.

Berikut merupakan indikator SPM yang belum tercapai:

#### Indikator SPM Yang Belum Mencapai Target

No.	Unit	Nama Indikator	Target	Capaian
1	Rawat Inap	Jam Visit Dokter Spesialis 08.00 – 14.00	100%	98,93%
2	Rawat Inap	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian.	100%	99,98%
3	Rawat Inap	Kematian Pasien >48 Jam	0,24%	0,98%
4	IMP: Kamar Bersalin	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesario	<20%	39%
5	IMP: Peristi	Kemampuan menangani BBLR (1500 – 2500 gr)	100%	98,96%
6	ICU	Pemberi Pelayanan Unit Intensif	100%	94%
7	Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	30 Menit	35,71 Menit
8	Farmasi	Penulisan Resep sesuai Formularium	100%	99,99%

9	Farmasi	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%	99,99%
10	Pelayanan Jiwa	Kejadian readmision pasien gangguan jiwa dalam waktu perawatan kurang dari 1 bulan	100%	98%

1. Indikator Rawat Inap jam visit dokter spesialis 08.00 – 14.00 target 100%, tercapai 98,24%. waktu visit yang melebihi dari waktu yang telah ditentukan yaitu jam 08.00 – 14.00 Target yang belum tercapai sehingga masih ada kejadian 1,76% 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 dengan beberapa kegiatan dokter spesialis menjadi narasumber. Ketepatan waktu visit ini akan sangat berpengaruh pada kecepatan pergerakan pasien yang akan masuk ke rawat inap. Karena Keputusan pasien pulang akan lebih cepat dan Tempat Tidur akan segera diisi oleh pasien yang baru
2. Indikator Rawat Inap, Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian memperoleh capaian 99,98% dari target 100%. Dalam aspek keselamatan pasien, kejadian jatuh merupakan kejadian tidak diharapkan atau KTD. Manajemen resiko untuk kejadian jatuh adalah menerapkan ketentuan dalam Sasaran Keselamatan pasien mulai assessment pasien jatuh , intervensi , penanda hingga monitoring pasien jatuh dan setiap pasien jatuh akan dilakukan RCA ( Root Cause Analisis ).
3. Indikator Rawat Inap, Kematian Pasien >48 Jam memperoleh capaian 0,98% dari target <0,24% terjadi karena pasien yang dirawat telah dalam kondisi terminal, dan kejadian pasien yang menolak untuk dilakukan rujuk disamping itu kejadian kematian tersebut diperlukan telaah mendalam oleh instalasi rawat inap. Kematian pasien > 48 Jam atau disebut sebagai NDR (Net Death

Rate) adalah angka kematian setelah pasien di rawat lebih dari 48 jam atau lebih dari 2 hari. Angka tersebut dapat menggambarkan kualitas perawatan, pengelolaan pasien atau factor lainnya .

4. Indikator IMP, pertolongan persalinan melalui SC memiliki target  $\leq 20\%$ , dengan capaian 39%. 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. Sehingga prosentase pasien yang mengalami SC akan tinggi.
5. Indikator IMP, kemampuan menangani BBLR 1500–2500 gr memiliki target 100% dengan capaian 98,96%. Beberapa kasus kematian Bayi BBLR adalah terdapat kelainan konginetal dan kondisi pasien rujukan , pasien yang dirujuk dari rumah sakit sekitar yang sudah dalam kondisi jelek sehingga mengurangi keberhasilan dalam keselamatan bayi.
6. ICU, Pemberi Pelayanan Unit Intensif memiliki target 100% dengan capaian TW 4 94%. hal tersebut dikarenakan 2 pemberi pelayanan hnd belum bersertifikat.
7. Indikator Farmasi, Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi memiliki target kurang dari 30 menit dengan capaian pada TW 4 35,71 menit waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi.
8. Indikator Farmasi, penulisan resep sesuai formularium memiliki target 100% dengan capaian 99,99%. Dikarenakan penggunaan obat yang urgen/penting di luar fornas.
9. Indikator Farmasi, Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat memiliki target 100% dengan capaian pada TW 4 yaitu 99,99% karena masih terdapat kejadian pada Nov : KNC 4 dan bulan Desember: KNC 1, KTC 1
10. Pelayanan Jiwa, Kejadian readmision pasien gangguan jiwa dalam waktu perawatan kurang dari 1 bulan pada TW 4 memperoleh capaian 98% dari target 100%.

#### 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  
Tahun 2025**

NO	JENIS INDIKATOR	NILAI IDEAL	TW I	TW II	TW III	TW IV	Tahun 2025
1	BOR (Bed Occupancy Rate)	60-85	85,65%	81,46%	84,51%	85,71%	84,01%
2	AVLOS (Average Length Of Stay)	6-9 hari	3 hari	3 hari	4 hari	3 hari	3 hari
3	BTO (Bed Turn Over) (tahunan)	40-50 kali	22 kali	21 kali	22 kali	8 kali	18 kali
4	TOI (Turn Over Investment)	1-3 hari	1 hari	1 hari	0 hari	1 hari	1 hari
5	NDR (Nett Death Rate)	< 25‰	23,7‰	18,2‰	24,2‰	22,6‰	22,17‰
6	GDR (Gross Death Rate)	< 45‰	39,9‰	35,4‰	31,1‰	35,4‰	35,45‰

Analisa dari hasil capaian kunjungan rawat inap adalah

1. Capaian BOR RSUD KRT. Setjonegoro pada tahun 2025 mencapai 84,01%. 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 18 kali.
4. Angka *Turn Over Infertal* (TOI) pada tahun 2024 yaitu 1 Hari.
5. Angka kematian GDR dan NDR pada tahun 2024 mencapai 35,45/1000 untuk GDR, dan 22,17/1000 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 Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara yang disebut dalam IID (Indeks Inovasi Daerah) dan KIPP (Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik). RSUD KRT Setjonegoro selalu berperan aktif .

RSUD KRT Setjonegoro telah menyampaikan ada 15 inovasi, dan pada KIPP RSUD terdapat 1 inovasi milik Instalasi Rehab Medik yaitu Inovasi Sobo Kletik Telo (Wonosobo Kelas Edukasi Tematik dan Terapi Sobo Kletik Telo merupakan program edukasi dan terapi latihan yang dilakukan secara berkelompok untuk pasien dengan kondisi kesehatan serupa. Pendekatan ini membuat layanan menjadi: Lebih terarah, Saling mendukung antar peserta, Lebih efektif dan berdampak. Inovasi ini lahir dari tantangan nyata di Instalasi Rehabilitasi Medik, seperti:

- \* Banyaknya jumlah pasien
- \* Waktu tunggu yang panjang
- \* Keterbatasan kapasitas layanan
- \* Edukasi & terapi latihan yang kurang efektif jika dilakukan satu per satu

Dengan semangat perubahan, semoga langkah besar ini dapat membawa peningkatan pelayanan kesehatan yang lebih ramah, inovatif, dan bermanfaat bagi masyarakat Wonosobo./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 2025;

**Tabel 6. Realisasi Anggaran APBD  
Sampai Dengan Akhir Tahun 2025**

### **Program dan Kegiatan RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo**

<b>PROGRAM/KEGIATAN</b>	<b>ANGGARAN</b>	<b>REALISASI</b>	<b>PERSENTASE</b>
<b>Pendapatan</b>	<b>Rp. 125.600.000.000</b>	<b>128.256.710.487</b>	<b>102%</b>
<b>Belanja</b>	<b>Rp. 157.394.864.375</b>	<b>Rp. 155.830.335.245</b>	<b>99%</b>
Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah kabupaten/Kota			
▪ Pemenuhan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp. 26.605.891.809	Rp. 26.408.198.398	99,25%
▪ Peningkatan Pelayanan BLUD	Rp. 130.788.972.566	Rp. 129.422.136.847	98,95%
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp13.222.312.896	Rp12.933.191.503	97,81%

Dari penjabaran realisasi anggaran diatas dapat di ketahui bahwa:

1. Realisasi pendapatan sampai pada akhir tahun 2025 mencapai Rp128.256.710.487 dengan presentase 102% dari total anggaran pendapatan senilai Rp. 125.600.000.000.
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 Rp26.408.198.398. Realisasi anggaran tersebut memiliki persentase sebesar 99,25% dari anggaran senilai Rp26.605.891.809. Sedangkan pada kegiatan peningkatan pelayanan BLUD memiliki realisasi anggaran senilai Rp129.422.136.847 Realisasi tersebut memiliki persentase sebesar 98,95% dari anggaran Rp130.788.972.566.

3. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat memiliki realisasi anggaran sebesar Rp12.933.191.503 dari anggaran Rp13.222.312.896 dengan presentasi 97,81%.
4. Sehingga total realisasi anggaran dari seluruh program dan kegiatan RSUD KRT. Setjonegoro sampai pada tahun 2025 senilai Rp. 128.256.710.487. Realisasi anggaran tersebut memiliki persentase sebesar 99% dari anggaran seluruh program dan kegiatan senilai Rp. 157.394.864.375.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan tabel dan uraian capaian kinerja pada bab II tahun 2025 dapat diketahui bahwa capaian IKU dan indikator RPJMD sebesar 104% atau dalam kategori sangat baik. Pada capaian SPM, RSUD KRT. Setjonegoro mendapat capaian 90,09%. 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 penganangan 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 2025 ini disusun untuk memberikan gambaran capaian dari berbagai indikator yang telah ditetapkan untuk mengukur kualitas kinerja rumah sakit.

## LAMPIRAN

### Standar Pelayanan Minimal

Tahun 2025

### RSUD KRT. SETJONEGORO

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
1.	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	100%	persen	Jumlah kumulatif pasien yg mendapatkan pertolongan life saving di UGD.	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yg membutuhkan penanganan life saving di UGD.					
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat/(24 Jam)	100%	Jam	Jumlah kumulatif jam buka UGD dlm satu bulan	24	100%	Tercapai		
						Jumlah hari dlm satu bulan.					
3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	persen	Jumlah tenaga yg bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.	100%	100%	Tercapai				
				Jumlah tenaga yg memberikan pelayanan kegawat daruratan.							
4		100%	tim	Jumlah tim penanggulangan	1	100%	Tercapai				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana/ (satu tim)			bencana yg ada di rumah sakit.					
		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. Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal $n = 50$ ).	4.20	119%	Tercapai		
		Kepuasan pelanggan. ( $\geq 70\%$ )	70%	persen	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei. Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal $n = 50$ ).	82%	117%	Tercapai		
		Kematian pasien < 24 jam. ( $\leq$ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	2/1000	permil	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang di Gawat Darurat. Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.	0.96%	208%	Tercapai		
		Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	100%	persen	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka.	100%	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT		
					Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat.							
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 bulan.	100%	100.00%	Tercapai		Pengaturan Jadwal Dokter	
						Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan.(Tahun)					Penambahan Dokter spesialis	
		2	Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak	tim	Tidak ada	1	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%	persen	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan.	100%	100%	Tercapai			
Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan.												
4	Waktu tunggu di rawat jalan. (≤ 60 menit)	60	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu	48.05	124%	Tercapai					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					<p>pasien rawat jalan yang di survey.</p> <p>Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey.</p>					
		5	Kepuasan Pelanggan. (≥ 90%)	90%	persen	<p>Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.</p> <p>Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)</p>	98%	109%	Tercapai	
		6	a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskop TB. (≥ 60%)	> 60%	persen	<p>Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan</p> <p>Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan</p>	97%	162%	Tercapai	
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS. (≥ 60%)	>60%	persen	<p>Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan</p> <p>Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit</p>	100%	167%	Tercapai	
3.	Rawat Inap	1	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	100%	persen	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.	100%	100%	Tercapai	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
			a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal D3		Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.					
2		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	persen	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	100%	100%	Tercapai		
3		Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap. a. Anak b. Peny. Dalam c. Kebidanan d. Bedah	100%	persen	Tidak ada	100%	100%	Tercapai		
4		Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 – 14.00 setiap hari	100%		Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s/d 14.00 yang disurvei Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.	98.93%	98.93%	Belum sesuai target		Membangun Komitmen
5		Kejadian infeksi pasca operasi	1.50%	persen	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca	0.00%	100.0%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					operasi dalam satu bulan.					
		≤ 1.5%			Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan					
		Kejadian infeksi nosokomial ≤ 1.5%	1.50%	Persen	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan.	100%	100.00%	Tercapai		
					Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan					
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian.	100%	persen	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian	99.98%	99.98%	Belum Sesuai Target		
					Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut					
		Kematian pasien > 48 Jam ≤ 0.24%	0.24%	persen	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 Jam dalam satu bulan	0.98%	25%	Belum sesuai Target	Standar secara umum 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	Telaah kasus kematian pasien rawat inap > 48 jam
					Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan.					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
									geriatri kemudian pasien kritis menolak perawatan lebih lanjut seperti dirujuk atau pindah ke ruang rawat intensif	
		Kejadian pulang paksa.	5%	persen	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan	0.55%	913.60%	Tercapai		
9		≤ 5 %			jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan					
		Kepuasan Pelanggan. ≥ 90%	95%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen).	98.77%	104%	Tercapai		
10					Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)					
		Rawat Inap TB			Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.					
		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 bulan.	100%	167%	Tercapai	Sesuai Standar. Kendala yang dialami pada proses pengumpulan sampel karena	
11										

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS				ada pasien yang kesulitan mengeluarkan dahak. Pada pasien anak, selain karena sulit mengeluarkan dahak, diagnosis TB dapat ditegakkan dengan sistem skoring sehingga 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 Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS	100%	167%	Tercapai		
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 bulan. Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut	1	200%	Tercapai		
		2 Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1%	≤ 1%	persen	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan	0.00%	100.00%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan					
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan.	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.				
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan.	100%	100%	Tercapai	
Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan										
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah tindakan dalam waktu satu bulan.	100%	100%	Tercapai			
				Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.						

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	persen	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan.					
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.(≤ 6 %)	6%	persen	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianestesi dalam satu bulan	0	100%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan					
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	1%	100%	Tercapai		
						Jumlah pasien-persalinan dengan perdarahan					
		b. Pre-eklampsia ≤30%	30%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-	0%	100%	Tercapai			

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					eklampsia/eklampsia Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pre eklampsia/eklampsia					
		c. Sepsis $\leq$ 0.2%	0.20%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis Jumlah pasien-pasien persalinan dengan sepsis.	0.00	100%	Tercapai		
		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	100%	100%	Tercapai		
	a. Dokter Sp.OG									
	b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)									
	c. Bidan									
		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit Tim PONEK yang terlatih	100%	tim	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih	100%	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT	
		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	100%	100%	Tercapai		
				a. Dokter Sp. OG		Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi					
				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	99%	99%	Belum sesuai target	BBLR periode rawat lama, Keluarga memaksakan membawa pulang	Meningkatkan edukasi kepada keluarga
						Jumlah seluruh BBLR 1500 gr–2500 gr yang ditangani					
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria ≤ 20%	20%	persen	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu tahun	39%	50.67%	Belum sesuai target	SC sudah Sesuai indikasi	evaluasi indikasi SC dan intervensi lintas sektor untuk meminimalkan angka kasus yang menjadi indikasi SC
Jumlah seluruh persalinan dalam satu tahun											
		7	Keluarga Berencana	100%		Jenis pelayanan KB mantap			Tercapai		
			a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.		persen	Jumlah peserta KB	100%	100.00%			

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
		Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih								
		b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.		persen	Jumlah konseling layanan KB mantap Jumlah peserta KB mantap	100%	100%	Tercapai		
		8 Kepuasan pelanggan	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) Jumlah total pasien yang disurvei ( n minimal 50 )	96%	96%	Tercapai		
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 bulan Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan	0.94%	320.74%	Tercapai		
		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	89%	89%	Belum sesuai target	Belum ada jadwal pelatihan	Aktif mencari penyelenggara pelatihan

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
			a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara D4		<p>elayanan perawatan intensif</p> <p>Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif</p>					
7.	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto.	3 jam	jam	<p>Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan</p> <p>Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut</p>	1.03	293%	Tercapai	
		2	Pelaksanaan ekspertis. Dokter Sp. Rad	100%	persen	<p>Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan</p> <p>Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan</p>	100%	100%	Tercapai	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.	2%	persen	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan	0.000	100%	Tercapai		
			Kerusakan foto ≤ 2%			Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan					
		4	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas	87.71%	110%	Tercapai		
						Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)					
8.	Lab. Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	140	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan	87.00	161%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut					
		2	Pelaksanaan ekspertisi	100%	persen	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	persen	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium salah orang dalam satu bulan	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut					
		4	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	113%	141%	Tercapai		
						Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)					
9.	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan. ≤50%	50%	persen	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam tiga bulan	6.58%	760%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan					
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	persen	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan dikurangnya mengalami	100%	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT	
					kesalahan tindakan dalam 1 bulan						
					Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu bulan						
		3	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	100%	125%	Tercapai		
					Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)						
10.	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan									
		1	a. Obat jadi ≤30 menit	30	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan	35.71	84%	Belum sesuai target	Kendala disebabkan oleh DMS	Perbaikan dan maintenance DMS
					Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut						
			b. Obat racikan ≤60 menit	60	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan	44	135%	Tercapai		
					Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut						

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
2		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	persen	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat	99.99%	99.991%	Belum sesuai target	Terjadi KNC 4 pada bulan november dan KNC 1, KTC 1 pada bulan desember	Dilakukan double check
					Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey					
		3	Kepuasan Pelanggan	≥80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvey (dalam prosen) Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50)	91.07%	114%	Tercapai	
4		Penulisan resep sesuai formularium.	100%	persen	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan	99.99%	99.99%	Belum sesuai Target	masih terdapat obat non formularium nasional yang diresepkan	oleh farmasi dikonsulkan untuk disubstitusi RTL : 1. bisa untuk bahan evaluasi formularium 2. untuk obat non Fornas, diperlukan EBM untuk dimasukkan dalam formularium RS
					Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
11.	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	90%	persen	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan	99%	110%	Tercapai		
			≥ 90%			Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei					
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20%	persen	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan	13%	150%	Tercapai		
			≤ 20%			Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan					
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	100%	persen	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet	10%	100%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan					
12.	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	persen	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan	100%	100%	Tercapai		
			100% terpenuhi			Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan					
		2	Kejadian reaksi transfusi.	0.01%	persen	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan	0	100%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					≤ 0.01%					
13.	Pelayanan BPJS	1	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100%	persen	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan	100%	100.0%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien BPJS yang datang ke rumah sakit dalam satu tahun				
14.	Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	persen	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang diisi lengkap	1.00	1.00%	Tercapai	Kepatuhan petugas dalam melengkapi rekam medis 24 jam perlu ditingkatkan
						Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan				
		2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	persen	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan	100%	100%	Tercapai	Kepatuhan petugas dalam melengkapi form Inform consent perlu ditingkatkan
						Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	10	menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati	4.501	222%	Tercapai	
						Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (n tidak kurang dari 100)				
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	15	menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	7.16	209%	Tercapai	
			≤ 15 menit			Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati				
15.	Pengelolaan limbah	1	Baku mutu limbah cair.	30	persen	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu	100%	100%	Tercapai	
a. BOD < 30mg/l	80		Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair							
b. COD < 80mg/l	30									
c. TSS < 30 mg/l	7									
d. pH 6 – 9										
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	persen	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati				

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

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun					
5		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	≥ 60%	persen	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	67.15%	111.92%	Tercapai		
					Jumlah seluruh karyawan rumah sakit					
					Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun					
					Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun					
6		Cost Recovery.	≥ 40%	persen	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan	96%	239%	Tercapai		
					Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan					
7		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	100%	persen	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu tahun (n=50/bln)	100%	100%	Tercapai		
					Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan					
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)	6.36	1886%	Tercapai		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
			≤ 2 jam			Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan					
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	persen	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah bulan pemberian insentif					
17.	Ambulance / Kereta jenazah	1	Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah.	100%	persen	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan	24%	100%	Tercapai		
			24 jam			Jumlah hari dalam bulan tersebut					
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS.	100%	menit	Jumlah ketersediaan ambulance yang tepat waktu dalam satu Bulan	30	100%	Tercapai		
			≤ 30 menit								
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan Ambulance si Jago	100%	persen	Jumlah permintaan ambulan dari Si Jago dari Masyarakat yang bisa dipenuhi	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah keseluruhan permintaan ambulan si jago dari Masyarakat					

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
18.	Pemulasaraan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	120	menit	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan	28.98	414%	Tercapai		
			≤ 2 jam			Total pasien yang diamati dalam satu bulan					
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 bulan	99%	124%	Tercapai		
			≤ 80%	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu tahun							
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	persen	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan / servis tepat waktu dalam satu tahun Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam waktu satu bulan	99%	99%	Tercapai		
3	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi	100%	persen	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun	100%	100%	Tercapai				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
					tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi.					
20.	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	persen	Jumlah linen yang dihitung dalam empat hari sampling dalam satu bulan	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut				
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	100%	persen	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah hari dalam satu bulan				
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih.	75%	persen	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih	100%	100%	Tercapai	
			Anggota Tim PPI yang terlatih 75%			Jumlah anggota tim PPI				
		2	Tersedia APD di setiap Instalasi.	60%	persen	Jumlah instalasi yang menyediakan APD	100%	167%	Tercapai	
			60%			Jumlah instalasi di Rumah Sakit				
		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	100%	133%	Tercapai	
						75%				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT		
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	98%	98%	Tercapai			
						Jumlah dokter spesialis, dokter umum dan perawat						
		2	Kepuasan Pelanggan	90%	persen	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien hemodialisa	92%	102%	Tercapai			
						Jumlah seluruh pasien hemodialisa yang disurvei						
		3	Waktu pelayanan hemodialisa ( $\geq 5$ jam)	5	jam	Jumlah kumulatif jam pelayanan hemodialisa dalam satu tahun	11.06	221%	Tercapai			
						Jumlah hari dalam satu bulan						
23	Pelayanan Jiwa	1	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri dari Pasien Gangguan Jiwa	100%	persen	Jumlah Pasien Yang Di Rawat Dalam Satu Bulan Di Kurangi Jumlah Kejadian Kematian Pasien Gangguan Jiwa Bunuh Diri Dalam Satu Bulan	100%	100%	Tercapai			
						Jumlah Seluruh Pasien Jiwa Yang Di Rawat Dalam Satu Bulan						
		2	Kejadian readmision pasien gangguan jiwa dalam waktu perawatan kurang dari 1 bulan	100%	persen	kejadian readmision	98%	97.62%	Tidak tercapai			
						jumlah pasien selama 1 tahun						

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN AKHIR	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KETERANGAN	RENCANA TINDAK LANJUT
		Kepatuhan Pencegahan Pasien Jatuh	Upaya Risiko	100%	persen	jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh	100%	100%	Tercapai		
						jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi					