



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

# LAPORAN KINERJA RSUD KRT. SETJONEGORO KABUPATEN WONOSOBO

TRIWULAN II 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 .....	4
E.    Visi dan Misi RSUD KRT. Setjonegoro .....	6
F.    Budaya RSUD KRT. Setjonegoro.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
A.    Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator RPJMD .....	9
B.    Indikator Mutu Nasional (IMN) .....	9
C.    Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM).....	10
D.    Indikator Pelayanan Rawat Inap.....	11
<b>BAB III LAPORAN KINERJA</b> .....	<b>12</b>
A.    Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) .....	12
B.    Capaian Indikator Mutu Nasional (IMN) .....	13
C.    Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) .....	13
D.    Capaian Indikator Pelayanan Rawat Inap .....	20
E.    Kegiatan Inovasi.....	20
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 Triwulan II 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 pelayanan merupakan indikator keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Berbagai hambatan dan halangan dalam memberikan pelayanan muncul dari berbagai sebab, baik itu yang berasal dari internal maupun eksternal. Namun semua hambatan tersebut dapat kami temukan solusi dengan segala potensi dan sumber daya yang kami miliki.

Demikian laporan kinerja triwulan II 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 C milik Pemerintah Kabupaten Wonosobo. Rumah sakit ini terletak dipusat kota Wonosobo dengan kapasitas tempat tidur terpasang saat ini (paska pembangunan) adalah 214 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 berkeseinambungan;
3. Terselenggaranya pendidikan dan pelatihan dibidang kesehatan untuk meningkatkan kompetensi pegawai;

## **D. Kegiatan RSUD**

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

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan:
  - a. Penyakit Dalam;
  - b. Kandungan;
  - c. Bedah;
  - d. Anak;
  - e. Mata;
  - f. Jiwa;

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

## E. Visi dan Misi RSUD KRT. Setjonegoro

### 1. Visi

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

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

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

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

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

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

### 2. Misi

Misi adalah sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan oleh instansi pemerintah, sebagai penjabaran visi yang telah ditetapkan. Dengan pernyataan misi diharapkan seluruh anggota organisasi dan pihak yang berkepentingan dapat mengetahui dan mengenal keberadaan dan peran instansi pemerintah

dalam penyelenggaraan pemerintahan. Untuk mencapai visi “*Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah yang Terunggul Bermutu dan Terpercaya*”, RSUD KRT. Setjonegoro menetapkan misi sebagai berikut :

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

Yang mengandung makna sebagai berikut:

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

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

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

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

1. Berorientasi pada Pelayanan adalah memiliki kepekaan dan kecakapan dalam memberikan pengalaman dan rasa nyaman (ramah) terhadap pelayanan yang diberikan kepada pelanggan
2. Akuntabel adalah melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, efektif, efisien dan berintegritas tinggi
3. Kompeten adalah memiliki kecakapan dalam melaksanakan tugas secara cerdas dan tuntas serta memberikan nilai tambah bagi organisasi

4. Harmonis adalah mampu bekerjasama secara selaras, serasi, produktif dan saling menghargai
5. Loyal adalah menunjukkan kepatuhan, kesetiaan dan pengabdian yang tulus pada organisasi dan negara
6. Adaptif adalah mampu menyesuaikan diri menghadapi perubahan, terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas
7. Kolaboratif adalah terbuka dalam memberi kesempatan berbagai pihak untuk berkontribusi menghasilkan nilai tambah yang bermanfaat untuk kemajuan organisasi

## BAB II 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 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.

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 triwulan II (Apr-Jun) tahun 2025;

**Tabel 2. Capaian Kinerja IKU**  
**pada Triwulan II (Apr-Jun) Tahun 2025**  
**RSUD KRT. Setjonegoro**

No	Indikator Program	Target 2025	Capaian TW I	Capaian TW II	Capaian (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Indeks Kepuasan Masyarakat	84	90,56	90,60	107%
2	Hasil Evaluasi atas Akuntabilitas Kinerja	80%	80,89	81,93	102%
3	Indeks Maturitas Digital	80%	80%	80%	100%
4	Responstime Kegawatdaruratan	5 Menit	3,93 Menit	3,90 Menit	128%
5	Capaian SPM	82 %	87%	86,14%	105%
6	Akreditasi Rumah Sakit paripurna	100 %	100%	100%	100%
7	BOR/ Tingkat pemakaian bed pasien RS	80%	85,65%	81,46%	102%
8	Pemenuhan Sarpras Pendukung KRIS	100%	71,88%	80,22%	80,22%
<b>Rata-Rata Capaian</b>				103%	

Berdasarkan tabel capaian kinerja IKU dan indikator RPJMD dapat diketahui bahwa rata-rata capaian kinerja IKU dan RPJMD mencapai 103% atau dalam kondisi **sangat baik**. Dari delapan indikator yang ada terdapat satu indikator yang belum mencapai target capaian yang telah ditetapkan, Pemenuhan Sarpras Pendukung KRIS.

Pada indikator Pemenuhan Sarpras Pendukung KRIS baru mencapai 80,22% dari target capaian 100%. Untuk capaian sarana prasarana KRIS target mencapai 100 % diharapkan dapat diselesaikan pada tahun 2025 tentunya hal ini perlu didukung dengan anggaran yang memadai. Sedangkan pada indikator Indeks Maturitas Digital memiliki target capaian 80% dan pada triwulan II sudah mencapai 80% sehingga sudah sesuai dengan target yang ditetapkan. Sehingga akan ditindaklanjuti pada triwulan selanjutnya.

## B. Capaian Indikator Mutu Nasional (IMN)

Berikut Merupakan hasil capaian pada triwulan II tahun 2025 sebagai berikut:

**Tabel 3. Indikator Mutu Nasional**

No.	Nama Indikator	Target 2025	Capaian 2024	Capaian TW 1	April	Mei	Juni	Rata-rata	Capaian TW II
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	98.2%	96.9	88,43	98,4	97,23	94,7	111.4%
2.	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	99.9	100	99,9	100	99.96	99.96%
3.	Kepatuhan Identifikasi pasien	100%	99%	100	100	100	100	100	100%
4.	Waktu Tanggap Operasi SC Emergency	80%	96.9%	100	100	100	100	100	125%
5.	Waktu tunggu Rawat jalan < 60 menit	80%	99.9%	97.2	97,06	95,2	97,02	96,4	120.5
6.	Penundaan operasi Elektif	5%	100%	0	0	0	0,4	0,1	200%
7.	Kepatuhan waktu visit dokter	80%	98.2%	98.5	97,47	97,3	97,25	97,3	121.6%
8.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100	100	100	100	100	100%
9.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%	99%	99.9	99,97	99,9	99.9	99,9	124.8%
10.	Kepatuhan terhadap alur klinis	80%	96.9%	97.6	99,1	100	98,4	99,2	124%
11.	Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh	100%	99.9%	100.0	100	100	100	100	100%
12.	Kecepatan waktu tanggap Komplain	80%	100%	100.0	100	100	100	100	125%
13.	Kepuasan Pelanggan	76%	90.3%	90.9	-	-	91,26	91.26	120%

Analisa dari hasil capaian Indikator Mutu nasional adalah

1. Capaian Kepatuhan kebersihan Tangan pada triwulan II tahun 2025 mencapai 94.7%, yaitu meningkat sebanyak 111.4% dari target capaian 85% pada tahun 2025.
2. Capaian Kepatuhan Penggunaan APD triwulan II tahun 2025 mencapai 99.96% dari target 100%.
3. Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien triwulan II tahun 2025 mencapai 100%.
4. Capaian waktu tanggap operasi SC emergency triwulan II tahun 2025 yaitu 100%, capaian tersebut meningkat 125% dari target capaian 80%.
5. Capaian waktu tunggu rawat jalan <60 menit jalan triwulan II tahun 2025 yaitu pasien rawat jalan terlayani <60 menit sebanyak 96.4% meningkat sebanyak 120,5% dari target 80%
6. Penundaan operasi elektif triwulan II tahun 2025 yaitu 0.1%, dari target penundaan operasi elektif <5%
7. Capaian kepatuhan waktu visit dokter triwulan II tahun 2025 yaitu 97.3%, yaitu mencapai 121,6% dari target capaian 80%.
8. Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai target 100%.
9. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional triwulan II tahun 2025 mencapai 99.9%, capaian tersebut meningkat 124.8% dari target yaitu 80%.
10. Capaian kepatuhan terhadap alur klinis triwulan II tahun 2025 yaitu 99.2%, 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 II tahun 2025 yaitu 100%. Capaian tersebut meningkat 125% dari target capaian yaitu 80%.
13. Capaian kepuasan pelanggan triwulan II tahun 2025 mencapai 91.26%, yaitu meningkat 120% dari target 76%.

### C. Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Capaian SPM RSUD KRT. Setjonegoro tertera pada tabel pada lampiran. Berikut merupakan indikator SPM yang belum tercapai:

**Indikator SPM Yang Belum Mencapai Target**

No.	Unit	Nama Indikator	Target	Capaian	Kategori Capaian
1	Rawat Inap	Jam Visit Dokter Spesialis 08.00 – 14.00	100%	90,34%	Sangat Tinggi
2	Rawat Inap	Kematian Pasien >48 Jam	0,24%	0,80 %	Sangat Rendah

3	IMP: Kamar Bersalin	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesario	20%	35,27%	Rendah
4	IMP: Peristi	Kemampuan menangani BBLR (1500 – 2500 gr)	100%	91,32%	Sangat Tinggi
5	IMP: Peristi	Keluarga Berencana	100%	99,60%	Sangat Tinggi
6	ICU	Pemberi Pelayanan Unit Intensif	100%	95,40%	Sangat Tinggi
7	Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	30 Menit	36,24 menit (83%)	Tinggi
8	Farmasi	Penulisan Resep sesuai Formularium	100%	99,98%	Sangat Tinggi
9	Farmasi	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%	99,99%	Sangat Tinggi
10	Rekam Medik	Kelengkapan Pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	99,57%	Sangat Tinggi
11	Rekam Medik	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	99,16%	Sangat Tinggi
12	Manajemen/ Administrasi	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	60%	14,97%	Rendah
13	Pemeliharaan RS	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai	100%	0%	Sangat Rendah
14	Hemodialisa	Pemberi pelayanan Hemodialisa (dokter spesialis, dokter umum & perawat bersertifikat mahir hemodialisa)	100%	94,12%	Sangat Tinggi

1. Indikator Rawat Inap jam visit dokter spesialis 08.00 – 14.00 target 100%, tercapai 90,34%. waktu visit yang melebihi dari waktu yang telah ditentukan yaitu jam 08.00 – 14.00 Target yang belum tercapai sehingga masih ada kejadian 9,66% 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, Kematian Pasien >48 Jam memperoleh capaian 0,80% 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 .
3. Indikator IMP, pertolongan persalinan melalui SC memiliki target  $\leq$ 20%, dengan capaian 35,27%. 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.
4. Indikator IMP, kemampuan menangani BBLR 1500–2500 gr memiliki target 100% dengan capaian 91,32%. 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.
5. Indikator IMP, Keluarga Berencana memiliki taarget 100% dengan capaian 99,60%. Capaian tersebut belum memenuhi target dikarenakan pada bulan Mei terdapat 1 pasien tidak terlayani KB karena ada massa di abdomen.

6. ICU, Pemberi Pelayanan Unit Intensif memiliki target 100% dengan capaian TW II 95,40%. 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 II 36,24. waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi adalah 36,24 menit.
8. Indikator Farmasi, penulisan resep sesuai formularium memiliki target 100% dengan capaian 99,98%. Dikarenakan penggunaan obat yang urgen/penting di luar fornas.
9. Indikator Farmasi, Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat memiliki target 100% dengan capaian pada TW II yaitu 99,99% karena masih terdapat kejadian pada Mei: KNC 3, KTC 1, KPC 1, Juni: KTC 1
10. Indikator Rekam Medik, kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dengan target 100%, capaian 99,57% 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.
11. Indikator Rekam Medik, Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas memperoleh capaian 99,16% dari target 100%. Inform consent meliputi proses pra anestesi dan pra bedah Proses pemberian inform consent yang harus disampaikan oleh dokter spesialis menjadi perhatian penting dalam aspek keselamatan pasien
12. Manajemen. Karyawan yang mendapat pelatihan 20 Jam Setahun. tercapai 14,97% dari target 60 %, hal ini dikarenakan target yang ada akan dicapai secara bertahap hingga akhir tahun dengan akumulasi jumlah karyawan yang telah melaksanakan pelatihan.
13. Pemeliharaan RS, Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai memperoleh capaian 0% karena pada tahun 2025 belum dilaksanakan untuk periode kalibrasi. Peralatan laboratorium Sebagian besar adalah alat – alat KSO (90 %) sesuai perjanjian kalibrasi akan dilaksanakan oleh pihak penyedia , yang akan dilaksanakan pada bulan februari.

14. Hemodialisa, Pemberi pelayanan Hemodialisa (dokter spesialis, dokter umum & perawat bersertifikat mahir hemodialisa) memperoleh capaian 94,12% dari target 100%. Terdapat 3 perawat belum resertifikasi 1 perawat belum pelatihan. 1 perawat pelatihan hd tgl 7 juli 2025 1 perawat acc resertifikasi tgl 13 juli 2025 2 perawat blm acc resertifikasi krn sertifikat sebelumnya blm pernefri disarankan untuk pelatihan ulang.

**Tabel 4. Capaian Standar Pelayanan Minimal  
RSUD KRT Setjonegoro Triwulan II Tahun 2025**

<b>No.</b>	<b>Instalasi /Unit</b>	<b>Jumlah SPM</b>	<b>Jumlah Tercapai</b>	<b>Jumlah Tidak Tercapai</b>
1.	IGD	8	8	0
2.	Rawat Jalan	7	7	0
3.	Rawat Inap	11	9	2
4.	IBS	7	7	0
5.	IMP	11	8	3
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	2	2
15.	Pengelolaan Limbah	2	2	0
16.	Administrasi dan Manajemen	9	8	1
17.	Ambulance/ kereta jenazah	3	3	0
18.	Pemulasaraan Jenazah	1	1	0
19.	Pelayanan Pemeliharaan RS	3	2	1
20.	Pelayanan Laundry	2	2	0
21.	Hemodialisa	3	2	1
22.	PPI	3	3	0
23.	Pelayanan Jiwa	3	3	0
	<b>Jumlah</b>	<b>101</b>	<b>87</b>	<b>14</b>
	<b>CAPAIAN SPM</b>	<b>86,14%</b>		

Berdasarkan hasil pengukuran SPM RSUD KRT Setjonegoro triwulan II (Apr-Jun) Tahun 2025 terdapat 101 indikator. Sejumlah 87 indikator yang sudah tercapai 14 indikator belum tercapai. Sehingga capaian SPM RSUD KRT. Setjonegoro mencapai 86,14 % pada triwulan II tahun 2025.

#### 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 II tahun 2025**

NO	JENIS INDIKATOR	NILAI IDEAL	CAPAIAN TW II 2025
1	BOR (Bed Occupancy Rate)	60-85	81,46%
2	AVLOS (Average Length Of Stay)	6-9 hari	3 hari
3	BTO (Bed Turn Over) (tahunan)	40-50 kali	21 kali
4	TOI (Turn Over Investment)	1-3 hari	1 hari
5	NDR (Nett Death Rate)	< 25‰	18,2‰
6	GDR (Gross Death Rate)	< 45‰	35,4‰

Analisa dari hasil capaian kunjungan rawat inap adalah

1. Capaian BOR RSUD KRT. Setjonegoro pada triwulan II tahun 2025 mencapai 81,46%. Nilai tersebut sudah melebihi dari nilai ideal, sehingga dibutuhkan untuk menambah TT, dengan adanya BOR yang tinggi berakibat pergeseran pasien dari IGD atau Klinik yang akan masuk ke Rawat inap waktu tunggu yang lama.
2. Indikator pelayanan rawat inap pada triwulan II tahun 2025 *Length of Stay* (LOS) didapatkan capaian yaitu 3 Hari.
3. Indikator angka *Bed Turn Over* (BTO) pada triwulan I tahun 2025 mencapai 21 kali. Capaian Angka tersebut masih sesuai standar.
4. Angka *Turn Over Infertal* (TOI) pada triwulan II tahun 2025 yaitu 1 Hari.
5. Angka kematian GDR dan NDR pada triwulan II tahun 2025 mencapai 35,4/1000 untuk GDR, dan 18,2/1000 untuk NDR dimana jumlah kasus kematian di RSUD Setjonegoro sesuai standar. Yang menggambarkan kualitas pelayanan yang ada di RSUD KRT Setjonegoro.

#### 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. 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.

Inovasi yang disebutkan di atas hingga Tahun 2025 masih dijalankan. Perlu dilakukan evaluasi terhadap inovasi yang ada apakah masih diperlukan untuk dilanjutkan atau dibutuhkan improvement Kembali untuk ditingkatkan.

#### F. Realisasi Anggaran

Berikut merupakan realisasi anggaran APBD RSUD KRT. Setjonegoro sampai dengan triwulan II tahun 2025;

**Tabel 6. Realisasi Anggaran APBD**

**Sampai Dengan Triwulan II 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. 120.000.000.000</b>	<b>Rp. 60.674.628.097</b>	<b>50,56%</b>
<b>Belanja</b>	<b>Rp. 147.051.964.477</b>	<b>Rp. 77.620.665.866</b>	<b>52,78%</b>
Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah kabupaten/Kota			
▪ Pemenuhan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp. 27.051.964.477	Rp. 15.025.175.132	55,54%
▪ Peningkatan Pelayanan BLUD	Rp. 120.000.000.000	Rp. 62.595.490.734	52,16%

Dari penjabaran realisasi anggaran diatas dapat di ketahui bahwa:

1. Realisasi pendapatan pada TW II mencapai Rp. 60.674.628.097 dengan presentase 50,56% dari total anggaran pendapatan senilai Rp. 120.000.000.000.

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. 15.025.175.132. Realisasi anggaran tersebut memiliki persentase sebesar 55,54% dari anggaran senilai Rp. 27.051.964.477. Sedangkan pada kegiatan peningkatan pelayanan BLUD memiliki realisasi anggaran senilai Rp. 62.595.490.734 Realisasi tersebut memiliki persentase sebesar 52,16% dari anggaran Rp.120.000.000.000.
3. Sehingga total realisasi anggaran dari seluruh program dan kegiatan RSUD KRT. Setjonegoro sampai pada triwulan II tahun 2025 senilai Rp. 77.620.665.866 Realisasi anggaran tersebut memiliki persentase sebesar 52,78% dari anggaran seluruh program dan kegiatan senilai Rp. 147.051.964.477.

## **BAB IV PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan tabel dan uraian capaian kinerja pada bab II triwulan II tahun 2025 dapat diketahui bahwa

- Capaian IKU dan indikator RPJMD sebesar 103% atau dalam kategori sangat baik.
- Capaian SPM RSUD KRT. Setjonegoro mendapat capaian 86,14%.
- Capaian Indikator Pelayanan Rawat Inap BOR 81,46%, *Length of Stay* (LOS) didapatkan capaian yaitu 3 Hari, *Bed Turn Over* (BTO) mencapai 21 kali, *Turn Over Infertal* (TOI) yaitu 1 Hari, Angka kematian GDR 35,4/1000 dan NDR 18,2/1000.
- RSUD KRT. Setjonegoro 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).
- Capaian Total Realisasi Anggaran dari seluruh program dan kegiatan RSUD KRT. Setjonegoro sampai pada triwulan II tahun 2025 senilai Rp. 77.620.665.866 Realisasi anggaran tersebut memiliki persentase sebesar 52,78% dari anggaran seluruh program dan kegiatan senilai Rp. 147.051.964.477.

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

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 triwulan berikutnya dengan pencaangan 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 dan Menyusun Rencana Aksi dari kegiatan yang harus dilakukan untuk pencapaian indicator Kinerja.

Demikian laporan kinerja triwulan II tahun 2025 ini disusun untuk memberikan gambaran capaian dari berbagai indikator yang telah ditetapkan untuk mengukur kualitas kinerja rumah sakit atas Kerjasama dan dukungan dari berbagai pihak untuk penyusunan laporan ini diucapkan Terima kasih.

## LAMPIRAN

### Standar Pelayanan Minimal TRIWULAN II (Apr-Jun) Tahun 2025 RSUD KRT. SETJONEGORO

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	SATUAN	FORMULA	CAPAIAN						RATA-RATA CAPAIAN APRIL-JUNI	CAPAIAN TERHADAP TARGET	ANALISA	KET	RENCANA TINDAK LANJUT	
						APRIL		MEI		JUNI							
1.	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	100%	persen	Jumlah kumulatif pasien yg mendapatkan pertolongan life saving di UGD.	58	100%	55	100%	45	100%	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yg membutuhkan penanganan life saving di UGD.	58		55		50						
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat/(24 Jam)	100%	Jam	Jumlah kumulatif jam buka UGD dlm satu bulan	24		24		24		100%	100%	Tercapai		
						Jumlah hari dlm satu bulan.											
		3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih	100%	persen	Jumlah tenaga yg bersertifikat ATLS/BTLS/A CLS/PPGD.	50	100.00%	50	100.00%	50	100.00%	100%	100%	Tercapai		

		berlaku : BLS/PPGD/GEL S/ALS			Jumlah tenaga yg memberikan pelayanan kegawat daruratan.	50		50		50					
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana/ (satu tim)	100%	tim	Jumlah tim penanggulan an bencana yg ada di rumah sakit.	1		1		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.	200	4	205	4.1	180	3.6	3.90	128%	Tercapai		
				Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50).	50		50		50						
6	Kepuasan pelanggan. ( $\geq 70\%$ )	70%	persen	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat	41	82%	42	84%	42	84%	83%	119%	Tercapai		

					Darurat yang disurvei.												
					Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n = 50).	50		50		50							
		7	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.	3	1.42	2	0.94	5	1.02	1.13	177%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat.	2111		2135		1968						
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	100%	persen	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka.	2111	100%	2135	100%	1968	100%	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat.	2111		2135		1968						
2.	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik	100%	persen	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh	360	100.00%	357	100.00%	356	100.00%	100.00%	100.00%	Tercapai		

			Spesialis.(100% dokter spesialis)			dokter spesialis dalam waktu satu bulan.										
						Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan.(Tahun)	360		357		356					
		2	Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak	tim	Tidak ada	4		4		4		100%	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.	360		357		356		100%	100%	Tercapai	
						Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan.	360		357		356					

4	Waktu tunggu di rawat jalan. ( $\leq$ 60 menit)	60	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey.	4633	34.07	9888	21.08	15185	33.67	29.61	203%	Tercapai		
				Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey.	136		469		451						
	5	Kepuasan Pelanggan. ( $\geq$ 90%)	90%	persen	Jumlah komulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.	64	100.00%	91	100.00%	101	100%	100%	111%	Tercapai	
Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)					64	91		101							
6	a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskop TB. ( $\geq$ 60%)	> 60%	persen	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan	31	88.57%	24	92.31%	26	96.30%	92%	154%	Tercapai		

					Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan	35		26		27						
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS. ( $\geq 60\%$ )	>60%	persen	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan	31	100.00%	26	100.00%	26	100.00%	100%	167%	Tercapai	
						Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit	31		26		26					
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.	342	100%	340.00	100%	342.00	100%	100%	100%	Tercapai	
			a. Dokter Spesialis			Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.	342		340.00		342.00					
			b. Perawat minimal D3													
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	persen	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	1464	100%	1421	100%	1347	100%	100%	100%	Tercapai	

				Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	1464		1421		1347						
	3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap.	100%	persen	Tidak ada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	
	a. Anak														
	b. Peny. Dalam														
	c. Kebidanan														
	d. Bedah														
	4	Jam Visite Dokter Spesialis	100%		Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s/d 14.00 yang disurvei	138.75	97.28 %	129.5	79.02 %	141.38	94.73 %	90.34%	90.34%	Belum sesuai target	Membangun Komitmen
		08.00 – 14.00 setiap hari			Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.	142.62		163.88		149.25					
	5	Kejadian infeksi pasca operasi	1.50%	persen	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan.	0	0%	0	0%	0	0.00%	0.00%	0.0%	Tercapai	

		≤ 1.5%			Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan	303		297		228						
	6	Kejadian infeksi nosokomial	2%	Persen	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan.	0	0	0	0	0	0.00	0.00%	Tercapai			
		≤ 1.5%			Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan	1464	1421	1347								
	7	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	1464	1421	1347	100%	100%	100%	100.00%	100.00%	Tercapai		
					Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut	1464	1421	1347								
	8	Kematian pasien > 48 Jam	0.24%	persen	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 Jam dalam satu bulan	15	10	11	1.0%	0.70%	0.80%	0.8%	28.80%	Belum sesuai Target	Standar secara umum tercapai, namun di beberapa ruang ada jumlah	Telaah kasus kematian pasien rawat inap > 48 jam

			≤ 0.24%			Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan.	1464		1421		1247							kematian dibanding jumlah pasien yang tidak sesuai standar. Hal ini dikarenakan pasien datang saat dalam kondisi terminal dan geriatri kemudian pasien kritis menolak perawatan lebih lanjut seperti dirujuk atau pindah ke ruang rawat intensif
	9	Kejadian pulang paksa.	5%	persen	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan	16	1.00 %	15	1.00 %	10	0.70%	0.90%	714.29%	Tercapai				Standar secara umum tercapai, kejadian APS cukup tinggi di ruang

					jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan	1462		1421		1331					nifas dimana pasien APS karena menolak tindakan SHK. Hal ini dikarenakan keluarga pasien menolak menunggu hingga waktu pemeriksaan SHK.
		≤ 5 %													
	10	Kepuasan Pelanggan.	95%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen).	534	96%	325	97%	344	98%	97%	102%	Tercapai	
		≥ 90%			Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	551		333		349					
	11	Rawat Inap TB			Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.										



			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS (>=60%)	60%	persen	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan	18		23.00		28.00						
						Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS	18	100.00%	23	100.00%	28	100%	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.	302	100	312	28	246	100	100	100%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut	302		312		246						
		2	Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1%	≤ 1%	persen	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan	0	0%	0	0%	0	0.00%	0.00%	100%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan	302		312		246						

						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.	378	100%	378	100%	308	100%	100%	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.	378		378		308						
		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.	378	100%	378	100%	308	100%	100%	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	378		378		308						
		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.	378	100%	378	100%	308	100%	100%	100%	100%	Tercapai	

						Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan.	378		378		308					
		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.	301	100%	378	100%	225	100%	100%	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan.	301		378		225					
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.(≤ 6 %)	6%	persen	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan	301	0	246	0	225	0	0	100%	Tercapai	
						Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	0		0		0					
5.	Persalinan, Perinatologi	1	Kejadian kematian ibu													

(Kecuali RS khusus diluar RS ibu dan anak) dan KB	karena persalinan.														
	a. Perdarahan $\leq 1\%$	1%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan	0		0		0		0		0	100%	Tercapai
				Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan	24		26		20						
	b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$	30%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/eklampsia	0		0		0		0		0	100%	Tercapai
				Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pre-eklampsia/eklampsia	18		11		20						
	c. Sepsis $\leq 0.2\%$	0.20%	persen	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis	0	100%	0	100%	0	100%	100%	100%	100.00%	Tercapai	

				Jumlah pasien-pasien persalinan dengan sepsis.	0		0		0						
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		26		26	26	100%	Tercapai		
		a. Dokter Sp.OG													
		b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)			26		26	26	26						
		c. Bidan													
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	tim	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih	1	1		1		1	1	100%	Tercapai		
	Tim PONEK yang terlatih														
4	Pemberi pelayanan	100%	persen	Jumlah tenaga dokter Sp.OG,	11	100	12	100	12	100	100	100%	Tercapai		

			persalinan dengan tindakan operasi.			dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi															
				a. Dokter Sp.OG		Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi	11	12	12												
				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	23	36	26	92.31 %	89.66 %	91.32%	91.32%	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	25	39	29												
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria ≤ 20%	20%	persen	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu tahun	57	46	36	42.22 %	34.33 %	29.27 %	35.27%	56.70%	Belum sesuai target	SC sudah Sesuai indikasi	Selalu dilakukan skrinning indikasi SC				

				Jumlah seluruh persalinan dalam satu tahun	135		134		123							
7	Keluarga Berencana	100%	persen	Jenis pelayanan KB mantap								Belum Tercapai				
				a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih	43	100	83	98.81	26	100	99.60		99.60%			
	b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.		persen	Jumlah konseling layanan KB mantap	43	100	84	100	26	100	100	100%	Tercapai			
			Jumlah peserta KB mantap	43		84		26								
8	Kepuasan pelanggan	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	89.81		91.11		98.15		93.02333333	116%	Tercapai			
				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 bulan	1	0	2	1%	0.00 %	1.46%	0.96%	313.59%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan	71	139	137								
		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											Aktif mencari penyelenggara pelatihan
						Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif	22	27	27	100.00%	93.10 %	93%	95.40%	95.40%	Belum sesuai target	Belum ada jadwal pelatihan	Dengan pendampingan
			a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani.														

				b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara D4		22		29		29							
7.	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto.	3 jam	jam	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan	1250	1.12	1346	1.18	1191	1.09	1.13	265%	Tercapai		
						Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut	1119		1139		1097						
		2	Pelaksanaan ekspertis. Dokter Sp. Rad	100%	persen	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan	2278	100%	2290	100%	2226	100%	100%	100%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan	2278		2290		2226						

		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.  Kerusakan foto ≤ 2%	2%	persen	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan  Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan	0 535	0	0	0	0	0	0.000	100%	Tercapai			
		4	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas  Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	49 53	92.45	22	95.65	21	22	95.45	94.51666667	118%	Tercapai		
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	79476	37	73815	35	68075	35	35.67	393%	Tercapai			

				Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut	2148		2109		1945						
2	Pelaksanaan ekspertisi	100%	persen	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan	5788		5749		5386						
				Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan	5788	100	5749	100	5386	100	100	100%	Tercapai		
3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	persen	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan	2148	100	2109	100	1945	100	100	100%	Tercapai		

					Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut	2148		2109		1945						
		4	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	89	100	85	100	82	100	100	125%	Tercapai	
						Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	89		85		82					
9.	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan.	50%	persen	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam tiga bulan	0	0	0	44	1.07	1.07	4673%	Tecapai		
						Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan	0	0	0	4122						

		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	persen	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan dikurangnya mengalami kesalahan tindakan dalam 1 bulan	1340	100	1830	100	1785	100	100	100	Tercapai		
						Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam satu bulan	1340		1830		1785						
		3	Kepuasan Pelanggan.	80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)	15	100	15	100	4	100	100%	125.00%	Tercapai		
						Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)	15		15		4						
10.	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan														

					Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan	157822		155111		126167								
		a. Obat jadi ≤30 menit	30	menit			42.15		35.64		30.92	36.24	83%	belum sesuai target				
					Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut	3744		4352		4080								
		b. Obat racikan ≤60 menit	60	menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan	35657	50.36	36507	42.5	42439	50.89	47.91666667	125%	Tercapai				
					Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut	708		859		834								
2		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	persen	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat	20448	100.00%	22079	99.98%	21151	99.9953%	99.991%	99.99%	belum sesuai target				

				Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey	20448		22084		21152						
3	Kepuasan Pelanggan	≥80%	persen	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvey (dalam prosen)	309	99.04	164	90.11	164	91.11	93.42	117%	Tercapai		
				Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50)	312		182		180						
4	Penulisan resep sesuai formularium.	100%	persen	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan	44399	99.97	44587	99.98	43565	99.97666667	99.98%	Belum sesuai Target			
				Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)	44409		44602		43575				99.98		

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	807	99.63	828	99.04	793	97.9	98.86	110%	Tercapai
			≥ 90%			Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei	810		836		810				
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20%	persen	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan	12	12.37	9	15.25	16	15.09	14.24	140%	Tercapai
			≤ 20%			Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	97		59		106				
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	100%	persen	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet	250	100	255	100	250	100	100	100%	Tercapai
						Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	250		255		250				

12.	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	persen	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan	191	100	146	100	202	100	100	100%	Tercapai
			100% terpenuhi			Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan	191		146		202				
		2	Kejadian reaksi transfusi.	0.01%	persen	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan	0	0	0	0	0	0	100%	Tercapai	
			≤ 0.01%			Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan	191		146		202				
13.	Pelayanan BPJS	1	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100%	persen	Jumlah pasien BPJS yang dilayani rumah sakit dalam satu tahun	11155	100	12103	100	11399	100	100	100.0%	Tercapai
			100% terlayani			Jumlah seluruh pasien BPJS yang datang ke rumah sakit dalam satu tahun	11155		12103		11399				

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	1042	99.05	1049	100	912	99.67	99.57	99.57%	Belum sesuai Target	Kepatuhan petugas dalam melengkapi rekam medis 24 jam perlu ditingkatkan	Peningkatan komitmen melengkapi rekam medik 24 jam
						Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan	1052		1049		915						
		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	131	99.24	212	100	169	98.26	99.16666667	99.16666667	Belum Tercapai	Kepatuhan petugas dalam melengkapi form Inform concent perlu ditingkatkan	Peningkatan komitmen melengkapi form Inform Concent
						Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan	132		212		172						
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	10	menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat	11556	3	12696	3	12045	3	3	333%	Tercapai		



			b. COD < 80mg/l	80		pemeriksaan limbah cair										
			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	4531	100	5106	100	4810	100	100	100%	Tercapai	
						Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati	4531		5106		4810					
16.	Administrasi	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	100%	persen	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan	65	100	25	100	59	100	100	100%	Tercapai	
	Manajemen					Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan	65		25		59					

		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	100%	persen	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal tiga bulan dalam satu tahun	1	100	1	100	1	100	100	100%	Tercapai		
						Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun	1		1		1						
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	100%	persen	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun	0	0	0	0	8	100	100	100%	Tercapai		
						Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun	0		0		8						
		4	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala.	100%	persen	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun	69	100	0	0	3	100	100	100	Tercapai		

					Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	69		0		3						
	5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	≥ 60%	persen	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	16	2.36 %	25	3.68 %	61	8.98%	8.98%	14.97%	Belum sesuai Target		
					Jumlah seluruh karyawan rumah sakit	679		679		679						
	6	Cost Recovery.	≥ 40%	persen	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu tahun	9.323E +09	130.2 7%	1025943 8592	0.904 7	1052730 3680	90.31 %	104%	259%	Tercapai		
					Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu tahun	7.157E +09		1134076 6208		1165676 2368						
	7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	100%	persen	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya	1	100	1	100	1	100	100	100%	Tercapai		

					dalam tiga bulan											
					Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan	1		1		1						
	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)	13741	10.77	11302	9.37	8177	6.72	8.95	1340%	Tercapai		
		≤ 2 jam			Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan	1276		1206		1217						
	9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	persen	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif	100	100	100	100	100	100	100	100%	Tercapai		
					Jumlah bulan pemberian insentif	100		100		100						

17.	Ambulance / Kereta jenazah	1	Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah.	100%	persen	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan	720	24	744	24	720	24	24	100%	Tercapai		
			24 jam			Jumlah hari dalam bulan tersebut	30		31		30						
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS.	100%	menit	Jumlah ketersediaan ambulance yang tepat waktu dalam satu Tahun	930	10	1430	10	1150	10	10	300%	Tercapai		
			≤ 30 menit			Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu tahun	93		143		1150						
		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%	100%	Tercapai		
						Jumlah keseluruhan permintaan ambulan si jago dari Masyarakat											
18.	Pemulasaraan Jenazah		Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	120	menit	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang	2718	33.98	3161	34.74	2897	32.19	33.63666667	357%	Tercapai		

					diamati dalam satu bulan											
			≤ 2 jam		Total pasien yang diamati dalam satu bulan	80		91		90						
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	183	100	211	100	243	100	100.00	100%	Tercapai	
			≤ 80%			Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu tahun	183		211		243					
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	persen	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan / servis tepat waktu dalam satu tahun	188	100	257	100	248	100	100	100%	Tercapai	
						Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan	188		257		248					

					dalam waktu satu bulan												
		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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Belum sesuai Target
						Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20.	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	persen	Jumlah linen yang dihitung dalam empat hari sampling dalam satu bulan	5872	6010	5559	100	100	100	100	100%	100%	100%	Tercapai
						Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	5872	6010	5559								
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	100%	persen	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu	30	31	30	100	100	100	100	100%	100%	100%	Tercapai
						Jumlah hari dalam satu bulan	30	31	30								

21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih.	75%	persen	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih	29	93.54 %	27	27	87.10 %	87.10 %	89%	119%	Tercapai
			Anggota Tim PPI yang terlatih 75%			Jumlah anggota tim PPI	31		31	31					
		2	Tersedia APD di setiap Instalasi.	60%	persen	Jumlah instalasi yang menyediakan APD	17	100	17	17	17	100	100%	167%	Tercapai
			60%			Jumlah instalasi di Rumah Sakit	17		17	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	11	11	11	100.00	100.00	133%	Tercapai
			75%			Jumlah instalasi yang tersedia	11		11	11					
22	Hemodialisis	1	Pemberi pelayanan Hemodialisa (dokter spesialis, dokter umum & perawat bersertifikat)	100%	persen	Jumlah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang sesuai dengan ketentuan	16	94.12 %	16	94.12 %	16	94.12 %	94.12%	94.12%	Belum Tercapai

			mahir hemodialisa)			Jumlah dokter spesialis, dokter umum dan perawat	17		17		17					
		2	Kepuasan Pelanggan	90%	persen	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien hemodialisa	9190	91.90 %	9506	95.06 %	9117	91.17 %	92.71%	103%	Tercapai	
						Jumlah seluruh pasien hemodialisa yang disurvei	10000		10000		10000					
		3	Waktu pelayanan hemodialisa (≥ 5 jam)	5	jam	Jumlah kumulatif jam pelayanan hemodialisa dalam satu tahun	286	11.92	297	11	275	11	11.31	226%	Tercapai	
						Jumlah hari dalam satu bulan	24		27		25					
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	10	100	13	100	100%	100%	Tercapai	
							22									

				Jumlah seluruh pasien jiwa yang di rawat dalam satu bulan	22		10		13							
	2	Kejadian readmision pasien gangguan jiwa dalam waktu perawatan kurang dari 1 bulan	100%	persen	kejadian readmision	20	8	100	11	100	100.00	100%	tercapai			
					jumlah pasien selama 1 tahun	20	8		11							
	3	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	persen	jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh	3	2	100	3	100	100	100	Tercapai			
					jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi	3	2		3							