

2024



RSUD I.A MOEIS

SAMARINDA

BerAKHLAK
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten
Harmonis Loyal Adaptif Kolaboratif

LAPORAN KINERJA



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Kinerja RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024 ini dapat terselesaikan.

Laporan Kinerja RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024 merupakan wujud pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian visi dan misi pada Tahun 2024 sekaligus merupakan gambaran realisasi dari pelaksanaan kegiatan operasional RSUD I.A Moeis dengan kurun waktu satu tahun serta sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya dalam merencanakan program dan kegiatan pada tahun berikutnya.

Demikian laporan ini disusun untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 01 April 2025

Direktur


dr. Osa Rafshodia Rafidin, MScIH, MPH, DTM&H
NIP. 19790531 200801 1 012

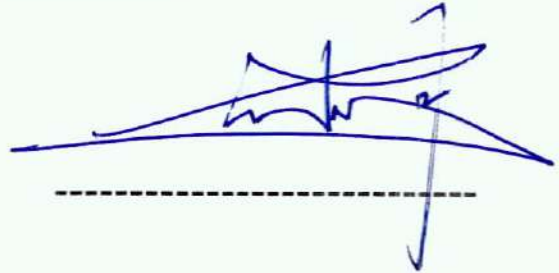
LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Kinerja RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024

Telah di telaah dan diperiksa oleh :

1. Direktur

dr. Osa Rafshodia Rafidin,
MSCIH, MPH, DTM&H
NIP. 197905312008011012



2. Kepala Bagian Tata Usaha

dr. H. Oemar Boedi Ichwanto
NIP. 196803142001121003



3. Kepala Bagian Keuangan

dr. Muhammad Abduh Faisal S.
NIP. 197304042010011009



4. Plt Kepala Bagian Pelayanan

Ahmad Hasan, S.Kep, MM,
NIP. 197307042000121005



5. Kepala Bidang Penunjang

Agus Nizar, S.Sos, MM
NIP. 197308121993032005



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
 BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	2
C. Landasan Hukum	2
 BAB II. Gambaran Pelayanan RSUD I.A MOEIS SAMARINDA	5
A. Gambaran Umum	5
B. Visi Rumah Sakit	7
C. Misi Rumah Sakit	7
D. Tujuan Rumah Sakit	8
E. Pelayanan Rawat Jalan	8
F. Pelayanan Rawat Inap	9
G. Pelayanan Penunjang	11
H. Budaya Organisasi	11
I. Susunan Direksi dan Dewan Pengawas	12
J. Kondisi Manajemen dan Staf	26
 BAB III. KINERJA PELAYANAN	30
A. Kinerja Pelayanan RSUD I.A Moeis	30
 BAB IV. KINERJA KEUANGAN BLUD.....	90
A. Sumber Daya Dana	90
B. Kinerja Dari Perspektif Keuangan	92
C. Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan RSUD I.A Moeis	94
 BAB V. PENUTUP.....	97

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2020-2024	30
Tabel 3.2	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2020-2024	31
Tabel 3.3	BOR RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2020-2024	32
Tabel 3.4	LOS RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2020-2024	32
Tabel 3.5	BTO RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2020-2024	33
Tabel 3.6	TOI RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2020-2024	33
Tabel 3.7	GDR RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2020-2024	34
Tabel 3.8	Kegiatan Komite Keperawatan Tahun 2024	39
Tabel 3.9	Capaian Program Kerja Komite Keperawatan Tahun 2024	42
Tabel 3.10	Data Tenaga Kesehatan Lainnya di RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024	46
Tabel 3.11	Program Kerja Sub Komite Mutu RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024	50
Tabel 3.12	Program kerja sub Komite KPRS RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024	51
Tabel 3.13	Program kerja sub Komite Manajemen Resiko RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024	52
Tabel 3.14	Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RSUD I.A Moeis Samarinda Tahun 2024	53
Tabel 3.15	Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) RSUD I.A Moeis Tahun 2024	54
Tabel 3.16	Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit) Tahun 2024	56
Tabel 3.17	Rekapitulasi Kegiatan Edukasi PPI Tahun 2024	66
Tabel 3.18	Hasil Audit Yang Menjadi Prioritas Komite PPI	70
Tabel 3.19	Kinerja Bidang Penunjang Medik	74
Tabel 3.20	Kinerja Bidang Penunjang Non Medik	75
Tabel 3.21	SPMRS Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	76
Tabel 3.22	SPMRS Pelayanan Rawat Jalan	77
Tabel 3.23	SPMRS Pelayanan Rawat Inap	78
Tabel 3.24	SPMRS Pelayanan Bedah	79
Tabel 3.25	SPMRS Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	80
Tabel 3.26	SPMRS Pelayanan Intensif	81
Tabel 3.27	SPMRS Pelayanan Radiologi	81
Tabel 3.28	SPMRS Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	82
Tabel 3.29	SPMRS Pelayanan Rehabilitasi Medik	82
Tabel 3.30	SPMRS Pelayanan Farmasi	83
Tabel 3.31	SPMRS Pelayanan Gizi	83
Tabel 3.32	SPMRS Pelayanan Transfusi Darah	84
Tabel 3.33	SPMRS Pelayanan Keluarga Miskin	84

Tabel 3.34	SPMRS Pelayanan Rekam Medik	85
Tabel 3.35	SPMRS Pelayanan Pengelolaan Limbah	85
Tabel 3.36	SPMRS Pelayanan Administrasi Manajemen	86
Tabel 3.37	SPMRS Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah	87
Tabel 3.38	SPMRS Pelayanan Pemulasaran Jenazah	87
Tabel 3.39	SPMRS Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	88
Tabel 3.40	SPMRS Pelayanan Laundry	88
Tabel 3.41	SPMRS Pengendalian Infeksi	89
Tabel 4.1	Gambaran Keadaan Keuangan RSUD I.A Moeis Samarinda	90

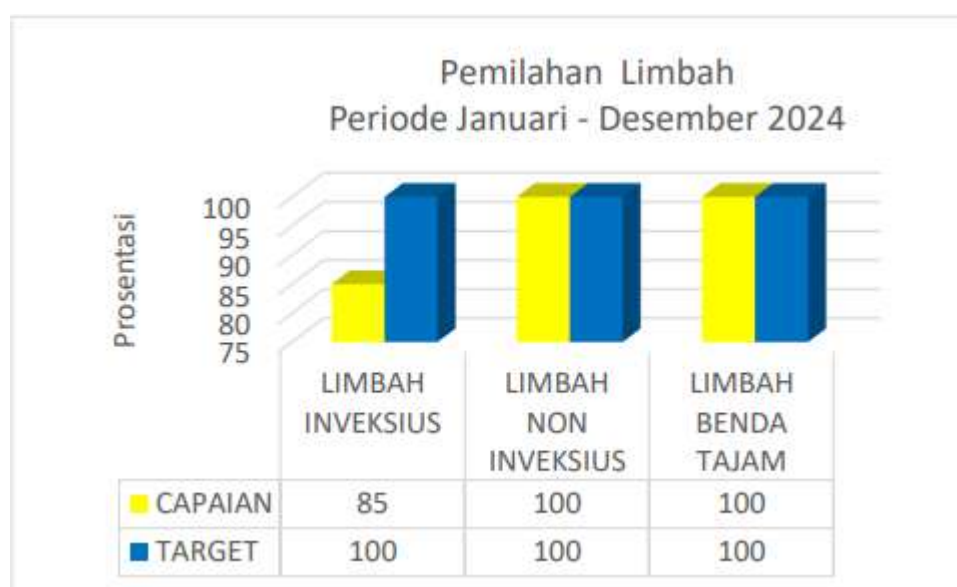
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Bagan SOTK RSUD I.A Moeis Samarinda	12
Gambar 3.1	Grafik Data Indikator Nasional Mutu Triwulan 4 Tahun 2024	53
Gambar 3.2	Grafik Data Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Tahun 2024	55
Gambar 3.3	Grafik Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)	58
Gambar 3.4	Grafik Kelengkapan Fasilitas Kebersihan Tangan	59
Gambar 3.5	Grafik Kepatuhan Kebersihan Tangan	60
Gambar 3.6	Grafik Kepatuhan Penggunaan APD	61
Gambar 3.7	Grafik Surveilans HAIs	63
Gambar 3.8	Grafik Angka Kejadian IDO	65
Gambar 3.9	Grafik Pemilahan Limbah di RSUD I.A Moeis Tahun 2024	69
Gambar 3.10	Grafik Angka Kejadian Tertusuk Jarum	72
Gambar 3.11	Grafik Kegiatan Surveilans Mikroba di RSUD I.A Moeis Tahun 2024 ..	73

	Desember	Edukasi PPI	• Kenersihan tangan • Etika batuk • Spill Kit	• Karyawan RS non nakes	25, 26,	30
--	----------	-------------	---	---	---------	----

5) Pengelolaan limbah

Gambar 3.9
Pemilahan Limbah di RSUD I.A Moeis Tahun 2024



- Analisa

Dari grafik diatas menunjukan kepatuhan pemilahan limbah periode Januari – Desember 2024 sudah cukup baik. Kepatuhan 100% terdapat pada pemilahan limbah non infeksius dan limbah benda tajam, sedangkan kepatuhan 85% terdapat pada pemilahan limbah Infeksius

- Evaluasi

Saat audit pemilahan limbah didapati limbah noninfeksius (sisa makan) dibuang di tempat sampah infeksius. Kemunngkinan hal ini dilakukan oleh pengunjung rumah sakit yang tidak mengetahui bahwa 17ntimic kuning adalah untuk limbah infeksius.

- Rencana tindak lanjut
 - Reeducasi terhadap pengunjung tentang pemilahan limbah di rumah sakit.
 - Beri stiker sebagai penanda limbah infeksius, limbah non infeksius pada masing – masing tempat sampah yang tersedia.

6) Assesment resiko secara berkala

Beberapa Audit yang menjadi prioritas oleh Komite PPI adalah sebagai berikut :

Tabel 3.18
Hasil Audit Yang Menjadi Prioritas Komite PPI

NO	UNIT	TEMUAN	Evaluasi
1	Unit Gizi	- Kepatuhan kebersihan tangan kurang - Kepatuhan penggunaan APD masker kurang (masih ditemukan petugas yang sedang dalam pengemasan tidak menggunakan masker) - Lantai pencucian cenderung basah - Masih ada tikus dan kucing ditemukan disekitar unit gizi	- Reeducasi tentang kebersihan tangan sudah dilakukan - Reeducasi penggunaan APD di unit Gizi sudah dilakukan - Koordinasi dengan bidang penunjang terkait sapras di unit gizi - Ruang masak dan ruang buat pemorsian sudah terpisah - petugas pramusaji sudah dapat menerapkan
2	Laundry	- Penanganan linen belum central - Tidak dilakukan penimbangan terlebih dahulu sebelum di cuci - Mesin cuci masih single door - Penerapan SPO belum maksimal	- Koordinasi dengan bidang penunjang terkait penanganan linen central - Resosialisasi SPO di londry
		- Pencatatan dan pelaporan belum maksimal - Belum ada uji kwality control di londry	- Penerapan dokumentasi dari unit belum maksimal

3	Kamar Jenazah	- Petugas Kamar jenazah belum pernah dilakukan pelatihan khusus kamar jenazah - Mayoritas Petugas kamar jenazah berusia lanjut - Penggunaan APD belum maksimal	- Sudah dikoordinasikan dengan penunjang terkait fasilitas pelatihan terkait pelayanan di pemulasaraan jenazah dan ketenagaan di kamar jenazah yang sudah usia lanjut. Perlu penambahan tenaga - Di lakukan edukasi tentang PPI di kamar jenazah terutama tentang kenersihan tangan dan penggunaan APD sudah dilaksanakan - Pemeriksaan kesehatan berkala bagi tenaga yg bertugas d di kamar jenazah mengingat petugas yang
			bereriko tinggi (Lansia) belum terlaksana (kolaborasi dengan K3 RS)
4	CSSD	- Pencucian alat instrument masih dilakukan di unit masing-masing -	- Unit CSSD sudah terbentuk, untuk sterilisasi alat ganti perban rawat inap sudah dilakukan di unit CSSD - Penyeterilan kasa dilakukan di unit CSSD - Ruang dekontaminasi sudah dibuatkan di unit CSSD akan tetapi proses dekontaminasi secara central belum dapat dilakukan karena keterbatasan tenaga
5	Farmasi	- Pengoplosan obat di semua unit rawat inap masih dilakukan oleh perawat - Perawat belum mengetahui tehnik aseptik pada pengolosan obat	- Ruang untuk dispensing aseptik obat sudah dibuatkan, akan tetapi untuk pengoplosan obat secara central belum bisa dilaksanakan
			- Sudah dilakukan pemeriksaan kultur post renovasi di ruang aseptik dispensing, sehingga ruangan sudah dapat di gunakan - sukarena keterbatasan tenaga farmasi - IHT tehnik aseptik pengolosan obat dari farmasi

7) Menetapkan sasaran penurunan resiko

a) Kejadian tertusuk jarum

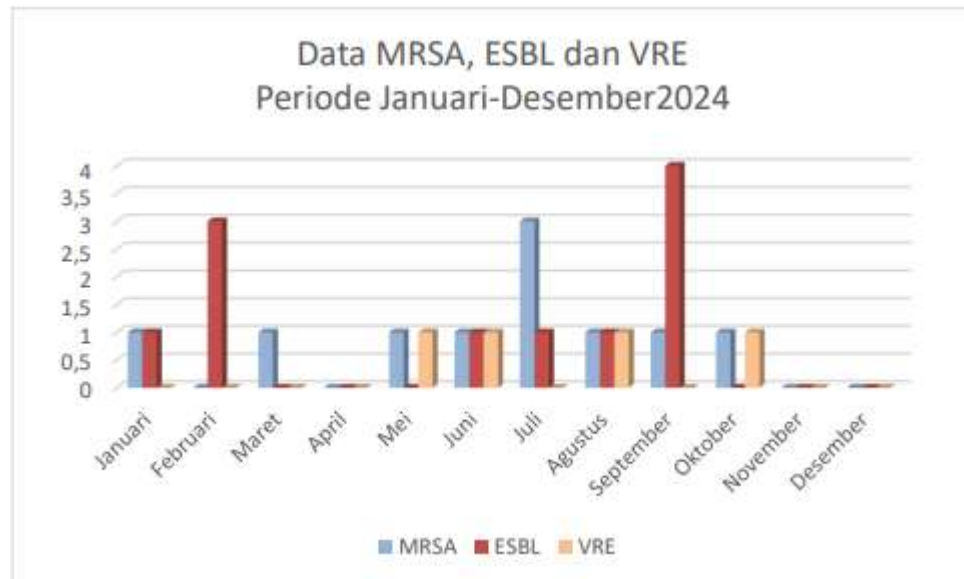
Gambar3.10
Grafik Angka Kejadian Tertusuk Jarum



- Analisa
 - Kejadian tertusuk jarum tertinggi di bulan juli yaitu 2 kejadian.
- Evaluasi
 - Masih ditemukan petugas melakukan rekeeping dengan 1 tangan.
 - Masih menggunakan lancet yang dipasang dengan pen.
- Rencana tindak lanjut
 - Resosialisasi ulang SPO terkait pengelolaan limbah benda tajam.
 - Reeducasi Pertolongan pertama ketika terusuk jarum.
 - Saran gunaan lancet safety sekali pakai.

8) Kegiatan sureveilans mikroba di lingkungan RSUD I.A Moeis periode Januari – Desember 2024

Gambar 3.11
Grafik Kegiatan Surveilans Mikroba di RSUD I.A Moeis Tahun 2024



- Analisa
Masih ditemukan bakteri MSRA, VRE dan ESBL di 3 bulan terakhir.
- Evaluasi
 - Survelan Antimicrobe dapat terlaksana namun belum maksimal.
 - PPI juga sudah berkoordinasi dengan dpjp yang merawat pasien dengan kasus MRSA, ESBL dan VRE.
 - Memberikan edukasi kepada petugas, pasien dan keluarga penyakit dan pencegahan penularan MRSA, ESBL dan VRE.
 - Petugas harus menerapkan kewaspadaan standar agar dapat memutus matarantai penyebaran infeksi.

g. Komite Farmasi dan Terapi

Kinerja Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit

1. Kinerja Bidang Penunjang Medik

Tabel 3.19
Kinerja Bidang Penunjang Medik

INDIKATOR				CAPAIAN BULAN KE-												RATA-RATA
JENIS	NO	URAIAN	STANDAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
PENUNJANG MEDIK																
PELAYANAN RADIOLOGI																
Proses	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	100	99,5	99,7	99	99,4	100	99,5	100	92,6	99,62	100,00	99,75	99%
	2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100%	99,8	99,8	97,3	97,7	96,8	97,3	97,3	96,7	96,1	94,90	95,26	94,93	96%
Output	3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
	4	Angka kejadian pemeriksaan ulang radiologi	≤ 5%	3,6	4,29	2,61	3,43	2,61	2,6	2,61	1,67	1,07	1,10	1,69	1,54	2,2%
PELAYANAN REHABILITASI MEDIK / FISIOTERAPI																
Proses	1	Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik (Angka kesalahan tindakan Fisioterapi)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%
	2	Waktu tunggu pasien Fisioterapi	100%	358	273	376	342	347	529	522	572	560	655	693	682	492
Output	3	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan (Angka pasien fisioterapi yang drop out)	≤ 50%	12	9	17	15	11	35	12	19	25	39	52	37	23
PELAYANAN FARMASI																
Input	1	Ketersediaan Formularium	Tersedia	Tersedia												
Proses	2	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤60 menit	00:16:10	00:19:30	00:19:53	00:17:50	00:19:06	00:18:12	00:18:48	00:17:13	00:15:44	00:16:10	00:18:21	00:12:56	00:17:29
	3	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit	00:21:15	00:22:23	00:25:56	00:33:16	00:22:37	00:35:19	00:21:50	00:20:20	00:21:42	00:21:10	00:25:06	00:17:07	00:24:23
Output	4	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (<i>Medication error</i>)	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	5	Kesesuaian penulisan resep dengan Formularium RS	96,68%	94,84	95,43	94,70	97,82	98,38	98,35	92,92	97,07	97,88	97,61	98,06	97,16	96,68
PELAYANAN LABORATORIUM																
Proses	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 menit	1:09:22	1:35:20	1:28:58	1:35:58	1:34:30	1:32:22	1:20:37	1:14:27	1:42:32	2:00:08	1:31:16	1:29:39	1:31:16
	2	Pelaksana ekspertisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Output	3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Outcome	4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	Tidak Dilaksanakan												
PELAYANAN GIZI																
Proses	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	87,10%	100%	100%	100%	100%	100%	98,92%
Output	2	Tidak ada kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	99,99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,99%	99,99%
	3	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	9,29%	9,76%	9,45%	9,42%	8,86%	8,44%	7,83%	9,36%	12,30%	10,55%	11,98%	9,82%	9,82%

2. Kinerja Bidang Penunjang Non Medik

Tabel 3.20
Kinerja Bidang Penunjang Non Medik

PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN																
Input	1	Baku mutu limbah cair	100%	17	17	17	17	17	17	16	17	16	16	14	17	
Proses	2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%													
	3	Pengelolaan limbah cair	Sesuai dengan persyaratan kelas RS & permenkes No.1204 tahun 2004	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	94%	100 %	94%		82%	100 %	
	4	Pengelolaan limbah padat	Sesuai dengan persyaratan kelas RS & permenkes No.1204 tahun 2005										94%			
PELAYANAN IPSRS																
Output	1	Respon time terhadap laporan kerusakan	≥ 80%	56%	55%	65%	41%	45%	47%	41%	81%	62%	76%	81%	79%	61%
	2	Service AC	100%	23 unit	15 unit	22 unit	16 unit	15 unit	30 unit	10 unit	17 unit	13 unit	29 unit	18 unit	23 unit	
	3	Jumlah laporan kerusakan/keluhan unit/ruangan														
		3.1 Laporan online		45 Lap	29 Lap	62 Lap	34 Lap	44 Lap	57 Lap	56 Lap	69 Lap	82 Lap	94 Lap	104 Lap	86 Lap	
		3.2 Laporan via telp.		41 Lap	32 Lap	13 Lap	29 Lap	22 Lap	31 Lap	21 Lap	30 Lap	12 Lap	29 Lap	28 Lap	28 Lap	
	4	Pemakaian gas medik	m3													
		O2 Besar		1148 tabu ng	970 tabu ng	1030 tabu ng	70 tabu ng	80 tabu ng	97 tabu ng	117 tabu ng	126 tabu ng	111 tabu ng	114 tabu ng	100 tabu ng	116 tabu ng	
		O2 Kecil		3 tabu ng	2 tabu ng	6 tabu ng	5 tabu ng	5 tabu ng	4 tabu ng	5 tabu ng	7 tabu ng	6 tabu ng	9 tabu ng	10 tabu ng	12 tabu ng	
		O2 Liquid				2659 ,8 M3	3459 ,6 M3	3250 ,6 M3	4331 ,1 M3	4233 ,2 M3	5241 ,6 M3	4702 ,8 M3	4825 ,9 M3	4129 ,3 M3	4426 M3	
PELAYANAN AMBULANCE																
Proses	1	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam / 100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
Output	2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di RS	≤30menit/100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
	3	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah oleh masyarakat yg membutuhkan	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
PELAYANAN KEAMANAN RS																
Input	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	21	21	21	21	21	21	20	20	20	20	20	20	
	2	Sistem Pengamanan	Ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	
Proses	3	Petugas keamanan melakukan keliling RS	Setiap Jam													
Output	4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Setiap bulan							Belum terlaksana						
	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	0 Kejadian	NIH IL	NIH IL	NIH IL	NIH IL	NIH IL	NIH IL	NIHIL	NI HIL	NI HIL	NI HIL	NI HIL	NI HIL	
PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH																
Input	1	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah	Tersedia 24 jam													
	2	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Kamar Jenazah	Tersedia sesuai kelas RS													
	3	Ketersediaan tenaga di Instalasi Perawatan Jenazah	Tersedia sesuai kelas RS													
Proses	4	Waktu tanggap pelayanan Perawatan Jenazah	100%	76%	87%	90%	75%	40%	81%	94%	80%	92%	90%	89%	76%	81%
Output	5	Tidak terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
PELAYANAN LAUNDRY																
Input	1	Ketersediaan pelayanan Laundry	Tersedia													100%
	2	ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pel. Laundry	Sesuai kelas RS													100%
Proses	3	Adanya PJ Pel. Laundry	Sesuai SK Direktur													100%
Output	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
	5	ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
	6	Ketersediaan Linen	2.5-3 set / TT													100%

3. Standar Mutu Pelayanan Rumah Sakit
a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Tabel 3.21
SPMRS Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	2	3	4	5	6			
A	PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT							
1	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%			
2	Jam buka pelayanan gawat darurat	100 %	24 jam	24 jam	100 %			
3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS)	100%	100%	100%	100%			
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim	100%	1 tim	1 tim	100%			
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	100%	3 menit	3 menit	100%			
6	Kepuasan pelanggan	85.6% %	100%	93.1%	133 %			
7	Kematian pasien < 24 jam	2%	2 % o	2.5%	125 %			
8	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%			

b. Pelayanan Rawat Jalan

Tabel 3.22
SPMRS Pelayanan Rawat Jalan

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100%	100 %	100%	100%			
2	Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar : klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%	100 %	100	100 %			
3	Jam buka pelayanan 08.00 – 13.00 setiap hari kerja, kecuali Jumat, jam 08.00 – 11.00	100%	100 %	100%	100%			
4	Waktu tunggu di rawat jalan	100 %	60 menit	52,8 menit	114%			
5	Kepuasan pelanggan	85,6%	90 %	93,1	103,4 %			
6	Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	100 %	214	100%			
7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100 %	138	100%			

c. Pelayanan Rawat Inap

Tabel 3.23
SPMRS Pelayanan Rawat Inap

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Pemberi pelayanan rawat inap : a. dr. Spesialis b. Perawat minimal D3	100 % 70%	100 % 100 %	ada 306	100 % 121%	100 % 100 %		
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100 %	46	100%	100 %		
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah)	100%	100 %	100%	100 %	100 %		
4	Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	80%	80 %	81,19	101,4%	100 %		
5	Kejadian infeksi pasca operasi	1.3%	2 %	0.66%	100%	100 %		
6	Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	1%	3.5 %	0.82%	100%			
7	Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecatatan / kematian	100%	100 %	0	100%			
8	Kematian pasien > 48 jam	63%	24 %	8.7%	100%			
9	Kejadian pulang paksa	1%	5 %	1.3%	100%			
10	Kepuasan pelanggan	85,6%	90 %	93,1	103,4 %			
11	Rawat inap TB : a. Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100 % 100 %	100 % 100 %	250 510	100 % 100 %	100 % 100 %		
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS							

d. Pelayanan Bedah

Tabel 3.24
SPMRS Pelayanan Bedah

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Waktu tunggu operasi efektif	100%	2 hari	≤ 2 hari	100%			
2	Kejadian kematian di meja operasi	0	0	0	0			
3	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	0	100%			
4	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	0	100%			
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	0	100%			
6	Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	0	100%			
7	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan endotracheal tube	100%	1	≤ 1	100%			

e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

Tabel 3.25
SPMRS Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan : a. Perdarahan b. Pre-eklampsia / eklampsia c. Sepsis	1 % 1 % 0 %	1 % 10 % 0.2 %	0.34 2.5% 0	100 % 100 % 100 %			
2	Pemberi pelayanan persalinan normal	98%	100 %	41	100%			
3	Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yang terlatih)	34.57%	100 %	50	60.2%			
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A)	100%	100 %	14	100%			
5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	100 %	100	100%	100 %	100 %	
6	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	33.5%	20 %	286	39%			
7	Keluarga Berencana : a. Prosentase KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih b. Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	104 % 104 %	100 % 100 %	120 120	100 % 100 %			
8	Kepuasan pelanggan	85.6 %	80 %	93.1 %	116 %			

f. Pelayanan Intensif

Tabel 3.26
SPMRS Pelayanan Intensif

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0%	3 %	0.004	0.4 %	100 %	100 %	
2	Pemberi pelayanan unit intensive :							
	a. dr. Sp.An & dr. Sp sesuai dg kasus b. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	100 % 54,5 %	100 % 100 %	4 12	133 % 80%	100 % 82 %	100 % 33 %	

g. Pelayanan Radiologi

Tabel 3.27
SPMRS Pelayanan Radiologi

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	99.8%	60 menit	< 60 menit	66.7%			
2	Pelaksana ekspertisi dr. Sp. Rad	96.12 %	100 %	80.41%	80.41%			
3	Angka kejadian pemeriksaan ulang radiologi	0.46%	5 %	5,1%	250%			
4	Kepuasan pelanggan	85,6 %	80 %	93.1	116%			

h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Tabel 3.28
SPMRS Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	100 %	140 menit	86 menit	110%	116 %		
2	Pelaksana ekspertisi dr. Sp. PK	100%	100 %	100%	100%	100 %		
3	Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100 %	100%	100%	100 %		
4	Kepuasan Pasien	85,6 %	80 %	93.1%	116%			

i. Pelayanan Rehabilitasi Medik

Tabel 3.29
SPMRS Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Indikator	Capaian 2023	2024			Target Akhir Renstra (2025)	Capaian s/ d 2021 terhadap 2025 (%)	Trend Kinerja
			Target	Realisasi	% Realisasi			
1	Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	4,3%	25 %	6.65%	100%			
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	1,01 %	100 %	0	100%			
3	Kepuasan pelanggan	85,6 %	80 %	93.1	116%			