



RSUD
AJI MUHAMMAD
PARIKESIT
Parikesit Pilihan Terbaik

LAPORAN KINERJA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT

TW 1

TAHUN 2025

**LAPORAN KINERJA
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT
TRIWULAN I
TAHUN 2025**



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT
Jalan Ratu Agung No.1 Tenggara Seberang
Kutai Kartanegara – Kalimantan Timur
Telp. 0541-661015
www.rsamp.kukarkab.go.id

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, kami dapat menyusun dan menyelesaikan Laporan Kinerja Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Aji Muhammad Parikesit Triwulan I Tahun 2025. Laporan ini merupakan wujud pertanggungjawaban kami atas pelaksanaan program dan kegiatan pelayanan kesehatan, serta sarana evaluasi terhadap perencanaan, pengendalian, dan penyelenggaraan layanan yang telah dilakukan selama periode tersebut.

Kami menyampaikan apresiasi dan terima kasih yang setulusnya kepada seluruh jajaran RSUD Aji Muhammad Parikesit baik pejabat struktural, fungsional, tenaga medis, administratif, maupun staf pendukung—atas dedikasi dan kerja keras yang telah diberikan. Semoga kerja sama dan semangat pelayanan yang telah ditunjukkan menjadi fondasi kuat dalam mewujudkan sistem layanan kesehatan yang unggul dan berdaya saing.

Kami berharap, Laporan Kinerja ini tidak hanya menjadi sarana pertanggungjawaban institusional, tetapi juga dapat dimanfaatkan sebagai alat kendali manajerial, media evaluasi kinerja, serta instrumen dalam membangun tata kelola rumah sakit yang transparan, akuntabel, dan berintegritas. Lebih dari itu, semoga laporan ini dapat memberikan manfaat nyata bagi seluruh pemangku kepentingan, sekaligus mendukung pencapaian Visi dan Misi Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara.

Akhir kata, semoga Allah SWT senantiasa membimbing dan meridhai setiap langkah kita dalam memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat.



DAFTAR ISI

LEMBAR AWAL	
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
PELAPORAN KINERJA BLUD	1
A. Pelaporan Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan	1
1. Kinerja Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran.....	1
2. Kinerja Perspektif Proses Layanan Internal.....	3
3. Kinerja Perspektif Pelanggan	5
4. Kinerja Perspektif Keuangan	8
5. Rekapitulasi Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan	10
B. Pelaporan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan Indikator Mutu Nasional	11
1. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	11
2. Indikator Mutu Nasional	23
C. Pelaporan Capaian Sasaran	25
D. Pelaporan Perjanjian Kinerja	26
E. Pelaporan Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	28

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Kinerja Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran	1
Tabel 2 Kinerja Perspektif Proses Layanan Internal	3
Tabel 3 Kinerja Perspektif Pelanggan	5
Tabel 4 Kinerja Perspektif Keuangan	8
Tabel 5 Rekapitulasi Kinerja	10
Tabel 6 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	11
Tabel 7 Indikator Mutu Nasional	23
Tabel 8 Capaian Sasaran	25
Tabel 9 Perjanjian Kinerja	26
Tabel 10 Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	28

**PELAPORAN KINERJA BLUD
TRIWULAN I TAHUN 2025**

A. Pelaporan Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan

Kinerja Umum Operasional Non Keuangan meliputi kinerja perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, kinerja perspektif proses layanan internal dan kinerja perspektif pelanggan. Penjelasan pencapaian kinerja masing-masing perspektif dijelaskan sebagai berikut:

1. Kinerja Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Tabel 1

Kinerja Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

No	Perspektif/Aspek/Sub Aspek/Program/ Kegiatan/Sub Kegiatan/Aktivitas Lain	Capaian Maksimal	Skor Maksimal RSD Pendidikan	Tahun 2024		TW I Tahun 2025	
				Capaian	Skor	Capaian	Skor
1	KINERJA DARI PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN		20		18,5		16
1.1	KINERJA ASPEK PELAYANAN						
1.1.1	Sub Aspek Pertumbuhan Pembelajaran		20		18,5		16
A	Kecukupan Sumber Daya Manusia	KSDM ≥ 1	3	1,00	3	1	3
B	Rata-rata Jam Pelatihan Pegawai RSAMP	JPP $\geq 0,80$	2	1,93	2	0,41	1
C	Pelatihan 20 Jam per Pegawai RSAMP	PJP $\leq 0,20$	2	1,50	2	0,08	0,5
D	Petugas layanan gawat darurat bersertifikat	PGD $> 0,90$	1	1,00	1	1	1
E	Program Reward dan Punishment		1	1	1	1	1
F	Persentase dokter pendidik klinis yang mendapat TOT	TOT $> 0,75$	1	1	1	1	1
G	Kecukupan sarana medis RSAMP	KSM ≥ 1	2	1,00	1,5	1,00	1,5
H	Pelayanan pemeliharaan sarana RS :				2		2
1	<i>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</i>	PSRS1 $\geq 0,8$	1	0,83	1	0,82	1
2	<i>Ketepatan waktu pemeliharaan alat</i>	PSRS2 $\geq 0,8$	0,5	1	0,5	1	0,5
3	<i>Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</i>	PSRS3 $\geq 0,8$	0,5	1	0,5	1	0,5
I	Pengembangan SIM RS	SIMRS ≥ 1	1	0,95	0,75	0,95	0,75
J	Pelayanan administrasi manajemen :				3,5		3,5
1	<i>Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi</i>	PAM1 ≥ 1	0,5	1	0,5	1	0,5
2	<i>Kelengkapan laporan kinerja BLUD</i>	PAM2 ≥ 1	0,5	1	0,5	1	0,5
3	<i>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</i>	PAM3 ≥ 1	0,5	1	0,5	1	0,5
4	<i>Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala</i>	PAM4 ≥ 1	0,5	1	0,5	1	0,5
5	<i>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</i>	PAM5 ≥ 1	0,5	1	0,5	1	0,5
6	<i>Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</i>	PAM6 ≤ 2 Jam	0,5	0,91	0,5	0,95	0,5

No	Perspektif/Aspek/Sub Aspek/Program/ Kegiatan/Sub Kegiatan/Aktivitas Lain	Capaian Maksimal	Skor Maksimal RSD Pendidikan	Tahun 2024		TW I Tahun 2025	
				Capaian	Skor	Capaian	Skor
7	Ketepatan waktu pemberian imbalan/insentif sesuai kesepakatan waktu	PAM7 $\geq$ 2	0,5	1	0,5	1,00	0,5
K	Kenaikan pendapatan RS per pegawai	KPRS $\geq$ 0,07	1,5	2092076 21	1,5	44.564.1 56,13	1,5

Analisa:

Capaian kinerja perspektif pertumbuhan dan pembelajaran TW 1 Tahun 2025 mengalami penurunan sebesar 2,5 poin menjadi 16 poin dibandingkan dengan tahun 2024 yaitu 18,5 poin. Capaian ini kurang 4 poin untuk memenuhi target capaian yaitu sebesar 20 poin.

- Indikator rata-rata pelatihan 20 JP per pegawai pada TW 1 Tahun 2025 sebesar 0,41 dan akan terus diupayakan pemenuhannya melalui proses pelatihan hingga akhir tahun.
- Indikator kecukupan sarana medis sementara belum mencapai target disebabkan masih berprosesnya pembelian sarana medis.
- Indikator pengembangan SIMRS sementara belum mencapai target disebabkan masih adanya beberapa modul yang belum terintegrasi dan belum optimal pemanfaatannya.

Rekomendasi:

- Optimalkan pelatihan pegawai melalui *inhouse trining*, *workshop internal* serta *E-learning & webinar*.
- Mengembangkan integrasi alat dalam SIM RS secara menyeluruh, terutama untuk alat ukur kalibrasi dan lab serta lakukan monitoring alat berbasis aplikasi untuk tracking perawatan berkala.
- Monitoring dan evaluasi berkala atas pelaksanaan pelatihan pegawai, kecukupan sarana medis serta pelaksanaan EMR demi pencapaian maksimal.

2. Kinerja Perspektif Proses Layanan Internal

Tabel 2

Kinerja Perspektif Proses Layanan Internal

No	Perspektif/Aspek/Sub Aspek/Program/ Kegiatan/Sub Kegiatan/Aktivitas Lain	Capaian Maksimal	Skor Maksimal RSD Pendidikan	Tahun 2024		TW I Tahun 2025	
				Capaian	Skor	Capaian	Skor
2	KINERJA DARI PERSPEKTIF PROSES LAYANAN INTERNAL		30		25,2		21,05
2.1	KINERJA ASPEK PELAYANAN						
2.1.1	Sub Aspek Pertumbuhan Produktivitas		12		9,2		5,8
a	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan	$RJ \geq 1,10$	2	1,14	2	0,99	1,2
b	Pertumbuhan Kunjungan Gawat Darurat	$RD \geq 1,10$	1	1,09	0,8	0,54	0
c	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	$RI \geq 1,10$	1	1,08	0,8	0,83	0
d	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	$PR \geq 1,10$	1	1,24	1	0,84	0
e	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	$PL \geq 1,10$	1	2,53	1	0,70	0
f	Pertumbuhan Operasi	$PO \geq 1,10$	1	1,28	1	0,96	0,6
g	Pertumbuhan Rehab Medik	$PRM \geq 1,10$	1	1,29	1	1,06	0,8
h	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	$PDK \geq 1,10$	2	0,68	0	1,00	1,6
i	Pertumbuhan Penelitian Yang di Publikasikan	$PPD \geq 1,10$	2	1,00	1,6	1,00	1,6
2.1.2	Sub Aspek Efektivitas Pelayanan		18		16		15,25
a	Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	$KRM > 0,8$	2	0,92	2	0,94	2
b	Pengembalian rekam medik	$PRM > 0,8$	2	0,90	2	0,99	2
c	Angka pembatalan operasi	$AP0 > 0,03$	2	0,01	1,5	0,02	1,5
d	Angka kegagalan hasil radiologi	$AKR > 0,03$	2	0,00	2	0,00	2
e	Penulisan resep sesuai formularium	$PRF \geq 0,8$	2	1,00	2	1,00	2
f	Angka pengulangan pemeriksaan Lab	$PPL > 0,03$	2	0,02	1	0,04	0,5
g	BOR	70 BOR 80	2	84,42	1,5	72,92	2
h	Waktu tunggu hasil lab kritis / Pelaporan hasil kritis lab	0 WTHL 0,01	1	0,99	1	0,99	1
i	Waktu tunggu di rawat jalan	$WTRJ \leq 60$ MENIT	1	53,31	1	124,23	0,25
j	Waktu tanggap darurat di IGD	$WTD \leq 1$ MENIT	1	1,00	1	1,00	1
k	Net Death Rate	$NDR \leq 25$ permil	1	0,02	1	0,02	1

Analisa:

Capaian kinerja perspektif proses layanan internal TW 1 Tahun 2025 mengalami penurunan sebesar 4,15 poin menjadi 21,05 poin dibandingkan dengan tahun 2024 yaitu 25,25 poin. Capaian ini kurang 8,95 poin untuk memenuhi target capaian yaitu sebesar 30 poin.

- a. Sub aspek pertumbuhan produktivitas mengalami penurunan yang disebabkan menurunnya jumlah kunjungan pasien ke rumah sakit karena:
 - Penguatan penyelenggaraan sistem rujukan berjejang, yang mengharuskan pasien BPJS ditangani di FKTP (puskesmas/klinik) terlebih dahulu sebelum dirujuk ke FKRTL (rumah sakit) jika diperlukan.
 - Penurunan jumlah kunjungan ke UGD karena adanya kebijakan pembatasan jenis layanan gawat darurat yang ditanggung oleh BPJS.
- b. Indikator angka pembatalan operasi tidak tercapai disebabkan adanya pembatalan dengan alasan medis.
- c. Indikator angka pengulangan pemeriksaan lab tidak tercapai disebabkan teknik venipunktur yang kurang tepat, kontaminasi, atau volume darah tidak mencukupi menyebabkan hasil tidak valid dan perlu diulang.
- d. Indikator waktu tunggu di rawat jalan tidak tercapai disebabkan kehadiran petugas yang tidak tepat waktu, sistem antrian belum optimal serta adanya perubahan sistem e-rekam medik yang belum sepenuhnya dikuasai oleh petugas.

Rekomendasi:

- a. Pastikan pengantaran pasien ke kamar operasi sesuai SOP, kondisi pasien stabil serta kelengkapan dokumen.
- b. Kurangi kesalahan dan pengulangan pemeriksaan lab dengan cara edukasi dan SOP lebih ketat, gunakan sistem *check & recheck* dalam input hasil dan formulir elektronik.
- c. Pastikan kehadiran petugas tepat waktu, atur antrian digital dan serta evaluasi dan tambah tenaga administrasi jika *bottleneck* terjadi di pendaftaran/triase.

3. Kinerja Perspektif Pelanggan

Tabel 3

Kinerja Perspektif Pelanggan

No	Perspektif/Aspek/Sub Aspek/Program/ Kegiatan/Sub Kegiatan/Aktivitas Lain	Capaian Maksimal	Skor Maksimal RSD Pendidikan	Tahun 2024		TW I Tahun 2025	
				Capaian	Skor	Capaian	Skor
3	KINERJA DARI PERSPEKTIF PELANGGAN		30		28,4		27,85
3,1	KINERJA MUTU DAN MANFAAT BAGI MASYARAKAT						
3.1.1	Sub Aspek Mutu Layanan		16		14,4		13,85
A	Emergency response time rate	ERT ≤ 8 MENIT	1	1,00	1	1,00	1
B	Waktu tunggu rawat jalan	WTR ≤ 0,3	1	53,31	1	124,23	0,25
C	Length of stay	LOS < 6	1	4,50	1	4,09	1
D	Kecepatan pelayanan resep obat jadi	KRO < 15 MENIT	1	21,30	0,6	21,70	0,6
E	Waktu tunggu sebelum operasi / penundaan operasi elektif	WTO ≤ 0,05	1	0,01	1	0,02	1
F	Waktu tunggu hasil laboratorium	WTL ≤ 180 MENIT	1	82,10	1	60,58	1
G	Waktu tunggu hasil radiologi	WTR ≤ 180 MENIT	1	24,72	1	9,53	1
H	Rujukan keluar rawat inap	RKRI ≤ 0,5	1	0,00	1	0,00	1
I	Retensi pelanggan rawat jalan	RPRI ≤ 0,25	1	0,99	0,4	0,70	0,6
J	Pasien pulang paksa (pulang atas permintaan sendiri)	PPP < 0,05	1	0,01	1	0,00	1
K	Kepatuhan kebersihan tangan	KKT ≥ 0,85	1	0,79	0,8	0,79	0,8
L	Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri	KAPD ≥ 1	1	0,97	0,8	0,99	0,8
M	Kepatuhan identifikasi pasien	KIP ≥ 1	1	1,00	0,8	1,00	1
N	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency	WTSCE ≥ 1	1	1,00	1	1,00	1
O	Kepatuhan waktu visite dokter	KW VD ≥ 0,8	1	0,82	1	0,79	0,8
P	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)	KTAL ≥ 0,8	1	0,94	1	1,00	1
3.1.2	Sub Aspek Mutu Klinik		6		6		6
A	Angka kematian di gawat darurat	AKG ≤ 0,025	1	0,00	1	0,00	1
B	Angka kematian / kebutaan > 48 jam	AKL < 0,25	1	0,02	1	0,02	1
C	Post operative death rate	POD < 0,2	1	0,00	1	0,00	1
D	Angka nasokomial dekubitus	AIND < 0,015	0,5	0,00	0,5	0,00	0,5
E	Angka infeksi nosokomial phlebitis	AINP < 0,015	0,5	0,01	0,5	0,01	0,5
F	Angka infeksi nosokomial saluran kemih (ISK)	ISK < 0,015	0,5	0,00	0,5	0,00	0,5
G	Angka infeksi nosokomial luka operasi (ILO)	ILO < 0,015	0,5	0,00	0,5	0,00	0,5
H	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	AKI < 0,01	1	0,00	1	0,00	1
3.1.3	Sub Aspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan		6		6		6
A	Rasio tempat tidur kelas III (RTT)	RTT ≥ 0,3	1	0,30	1	0,30	1
B	Kecepatan waktu tanggap komplain	KWTK > 0,7	1	100%	1	100,00%	1
C	Kepuasan Pasien	KP ≥ 76,61	1	92,32	1	90,52	1

No	Perspektif/Aspek/Sub Aspek/Program/ Kegiatan/Sub Kegiatan/Aktivitas Lain	Capaian Maksimal	Skor Maksimal RSD Pendidikan	Tahun 2024		TW I Tahun 2025	
				Capaian	Skor	Capaian	Skor
D	Pembinaan kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan lain	Ada Program dan dilaksanakan sepenuhnya	1	Ada Program yang Dilaksanakan Semua	1	Ada Program yang Dilaksanakan Semua	1
E	Penyuluhan kesehatan	Ada Program dan dilaksanakan sepenuhnya	1	Ada Program yang Dilaksanakan Semua	1	Ada Program yang Dilaksanakan Semua	1
F	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	KUPRP ≥ 1	1	1	1	1	1
3.1.4	Sub Aspek Kepedulian Terhadap Lingkungan		1		1		1
	Pengolahan baku mutu limbah cair :				1		1
A	Baku mutu limbah cair indikator BOD < 30 mg/l	< 30 MG/L	0,25	13,82	0,25	14,44	0,25
B	Baku mutu limbah cair indikator COD < 80 mg/l	< 80 MG/L	0,25	23,99	0,25	29,46	0,25
C	Baku mutu limbah cair indikator TSS < 30 mg/l	< 30 MG/L	0,25	7,25	0,25	3,33	0,25
D	Baku mutu limbah cair indikator PH 6-9	6 - 9	0,25	7,28	0,25	7,44	0,25
3.1.5	Sub Aspek Akreditasi		1		1		1
	Kategori Akreditasi RS	Paripurna	1	Paripurna	1	Paripurna	1

Analisa :

Capaian kinerja perspektif pelanggan TW 1 Tahun 2025 mengalami penurunan sebesar 0,55 poin menjadi 27,85 poin dibandingkan dengan tahun 2024 yaitu 28,4 poin. Capaian ini kurang 2,15poin untuk memenuhi target capaian yaitu sebesar 30 poin.

Penurunan terjadi hanya pada sub aspek mutu layanan sedangkan sub aspek yang lain sesuai dengan target capaian.

- Indikator waktu tunggu rawat jalan memanjang dibandingkan tahun lalu penggunaan aplikasi e-rekam medik yang baru membuat beberapa perubahan yang menyebabkan memanjangnya waktu tunggu.
- Indikator kecepatan pelayanan resep obat jadi tidak tercapai disebabkan beberapa kendala diantaranya keterlambatan verifikasi, sistem informasi yang mengalami gangguan dan persepsian tidak memperhatikan ketersediaan obat.

- c. Indikator retensi pelanggan rawat jalan tidak tercapai disebabkan beberapa kendala diantaranya lama waktu tunggu, kondisi geografis yang berdekatan dengan Samarinda maupun Balikpapan.
- d. Indikator kepatuhan kebersihan tangan tidak tercapai disebabkan beberapa kendala diantaranya kurangnya kesadaran individu tentang pentingnya hand hygiene dalam mencegah infeksi serta ketersediaan sarana yang kurang.
- e. Indikator kepatuhan penggunaan alat pelindung diri tidak tercapai disebabkan beberapa kendala diantaranya kurangnya kesadaran individu tentang pentingnya APD serta ketersediaan sarana yang kurang.
- f. Indikator kepatuhan waktu visite dokter tidak tercapai disebabkan beberapa kendala diantaranya pengaturan waktu pelayanan poli yang terjadwal dengan waktu visite ke ruang rawat inap yang bersamaan serta beberapa DPJP menyelesaikan pelayanan di poliklinik atau tindakan operasi terlebih dahulu.

Rekomendasi:

- a. Evaluasi dan atur ulang sistem antrean, distribusi jam praktik, dan peran farmasi.
- b. Pertimbangkan penambahan tenaga di jam sibuk dan optimalisasi sistem antrian digital.
- c. Lakukan survey retensi pasien untuk mencari tahu penyebab serta tindak lanjuti dengan program *customer engagement*, edukasi berulang, dan perbaikan komunikasi staf.
- d. Audit pelaksanaan SOP APD, edukasi berulang pentingnya APD serta lengkapi APD yang kurang dan tidak layak.

4. Kinerja Perspektif Keuangan

Tabel 4

Kinerja Perspektif Keuangan

No	Perspektif/Aspek/Sub Aspek/Program/ Kegiatan/Sub Kegiatan/Aktivitas Lain	Capaian Maksimal	Skor Maksimal RSD Pendidikan	Tahun 2024		TW I Tahun 2025	
				Capaian	Skor	Capaian	Skor
4	KINERJA DARI PERSPEKTIF KEUANGAN		20		10,5		9,7
4,1	KINERJA MEMPEROLEH HASIL USAHA ATAU HASIL KERJA DARI LAYANAN YANG DIBERIKAN		8		4,75		2,95
1	Periode Penagihan Piutang	PPP < 30 Hari	2	24	2	50	1,2
2	Perputaran Aset Tetap	PAT > 20	2	0,24	0,25	0,05	0,25
3	Perputaran Persediaan	30 PP 35	2	8	0,5	28	1,5
4	Imbalan Atas Aset Tetap	ROFA > 0,06	1	0,19	1	-0,02	0
5	Imbalan Ekuitas	ROE > 0,08	1	0,30	1	-0,02	0
4,2	KINERJA MEMENUHI SELURUH KEWAJIBAN JANGKA PENDEKNYA		4		0,25		0,25
	Rasio Kas	RK ≥ 0,8	2	0,21	0	0,12	0
	Rasio Lancar	RL > 6	2	0,70	0,25	0,84	0,25
4,3	KINERJA MEMENUHI SELURUH KEWAJIBAN		4		2		2,5
	Rasio kewajiban terhadap aset	RKTA < 0,01	2	0,05	0	0,05	0,5
	Rasio kewajiban terhadap ekuitas	RKTE < 0,25	2	0,05	2	0,05	2
4,4	KINERJA KEMAMPUAN PENERIMAAN DARI JASA LAYANAN UNTUK MEMBIAYAI PENGELUARAN		4		3,5		4
	Rasio Pendapatan BLUD non APBD-LO terhadap Biaya Operasional (Cost Recovery Rate)	PB ≥ 0,4	2	0,74	2	0,66	2
	Porsi Pendapatan APBD-LO dibandingkan Pendapatan non APBD-LO	PPNP > 1	2	0,88	1,5	22,44	2

Analisa :

Capaian kinerja perspektif keuangan TW 1 Tahun 2025 mengalami penurunan sebesar 0,8 poin menjadi 9,7 poin dibandingkan dengan tahun 2024 yaitu 10,5 poin. Capaian ini kurang 10,3 poin untuk memenuhi target capaian yaitu sebesar 30 poin.

Bila dibandingkan dengan tahun lalu penurunan terjadi pada kinerja memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan.

- a. Indikator periode penagihan piutang lebih panjang dibandingkan tahun lalu beberapa penyebabnya antara lain: administrasi penagihan BPJS yang semakin terperinci, monitoring penagihan belum maksimal dan koordinasi penanganan pasien dengan jaminan yang belum efektif.
- b. Indikator imbalan atas aset tetap dan imbalan ekuitas belum mendapatkan poin disebabkan belum optimalnya pemanfaatan aset tetap untuk menghasilkan pendapatan, bertambahnya aset diikuti dengan meningkatnya biaya pemeliharaan serta pendapatan BLUD mengalami penurunan.
- c. Kinerja memenuhi seluruh kewajiban jangka pendek masih memiliki poin yang sama dengan tahun lalu namun tidak sesuai dengan target. Hal ini disebabkan penurunan ketersediaan kas disebabkan pendapatan yang menurun yang berakibat pada beberapa kewajiban jangka pendek belum dapat dilunasi tepat waktu.

Rekomendasi

- a. Percepat Periode Penagihan Piutang (PPP)
Perbaiki proses penagihan klaim BPJS dan jaminan lainnya serta optimalisasi penggunaan SIM RS..
- b. Optimalkan Pemanfaatan Aset
Mendorong untuk melakukan utilisasi aset tetap dan mengoperasikan segera ruangan yang ada untuk layanan.
- c. Tingkatkan Profitabilitas (ROFA & ROA)
Review biaya operasional serta mencari alternatif pada layanan dengan potensi margin tinggi.
- d. Perbaiki Rasio Kas
Memperbaiki rencana pengeluaran kas serta mendorong percepatan penerimaan dari piutang dan jasa layanan.
- e. Pertahankan Kinerja Positif
Pertahankan strategi pemasaran layanan dan pembelajaran yang menghasilkan pendapatan di luar APBD.

5. Rekapitulasi Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan

Tabel 5
Rekapitulasi Kinerja

No	Perspektif/Aspek/Sub Aspek/Program/ Kegiatan/Sub Kegiatan/Aktivitas Lain	Skor Maksimal RSD Pendidikan	Skor Tahun 2024	Skor TW I Tahun 2025
1	Kinerja Dari Perspektif Pertumbuhan Dan Pembelajaran	20	18,5	16
2	Kinerja Dari Perspektif Proses Layanan Internal	30	25,2	21,05
3	Kinerja Dari Perspektif Pelanggan	30	28,4	27,85
	Total Skor Kinerja Non Keuangan	80	72,1	64,9
4	Kinerja Dari Perspektif Keuangan	20	10,5	9,7
	Total Skor Kinerja Keuangan	20	10,5	9,7
	Total Skor Kategori	100	82,6	74,6
			A	BB
	AA : Memuaskan	Skor ≥ 90		
	A : Sangat Baik	80 - 89		
	BB : Baik	70 - 79		
	B : Cukup	60 - 69		
	C : Kurang	Skor < 59		

Analisa :

Capaian kinerja dari semua perspektif TW 1 Tahun 2025 mengalami penurunan sebesar 8 poin menjadi 16 poin dibandingkan dengan tahun 2024 yaitu 18,5 poin. Menyebabkan penurunan kategori dari “Sangat Baik (A)” menjadi “Baik (BB)”

Rekomendasi:

- Pelatihan Pegawai: adakan TOT internal, evaluasi capaian pelatihan.
- Produktivitas Layanan: Revisi jadwal poli & ruang operasi, tambah SDM bila perlu, optimalkan sistem antrean.
- Kecepatan Pelayanan: Implementasi antrian digital, sistem info hasil lab otomatis, pemisahan layanan cepat & standar.
- Kinerja Keuangan: Review proses piutang dan penagihan, pelatihan manajemen keuangan, ciptakan layanan tambahan berbayar.

- e. Pengawasan & Evaluasi: Lakukan moneyv per triwulan dan tindak lanjut indikator yang stagnan atau menurun.

B. Pelaporan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan Indikator Mutu Nasional

1. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

SPM RS merupakan aturan yang akan memastikan setiap rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata kepada masyarakat. Berikut tabel capaian SPM RS:

Tabel 6
Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
1	INSTALASI RAWAT DARURAT	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100	100	100	100
		Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24	24	24	24
		Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100	100	100	100
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1	1	1	1
		Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	1	1	1	1
		Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 80 %	82,79	85,73	91,49	87
		Kematian pasien kematian < 8 jam di Gawat Darurat	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)/ ‰	5,79	1,75	3,56	1,49
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100	100	100	100
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 % Dokter Spesialis	100	100	100	100

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
		Ketersediaan pelayanan rawat jalan, Min Kes. Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, dan Bedah	100%	100	100	100	100
		Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	94,98	99,49	100	99,8
		Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	85	70	51	124
		Kepuasan pelanggan di rawat jalan	≥ 80 %	89,1	90,4	93,47	94
		Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	79,72	76,21	100	93
		Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	100%	100	100	100	100
3	PELAYANAN RAWAT INAP	Pemberi pelayanan rawat inap, dr. Spesialis, Perawat Minimal pendidikan D3	100%	100	100	100	100
		Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) rawat inap	100%	100	100	100	100
		Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal: 1. Anak 2. Penyakit Dalam 3. Kebidanan 4. Bedah	100%	100	100	100	100
		Jam visite dokter spesialis	100%	81,68	73,92	86,47	78
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1.5 %	0	0	0,08	0
		Angka kejadian infeksi nasocomial	≤ 1.5 %	1,44	0,73	0,61	1
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100	100	100	100
		Kematian pasien > 48 jam	≤ 25 per mill (‰)	18,36	20,22	19,37	24,89
		Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	1,82	1,47	0,7	0
		Kepuasan pasien rawat inap	≥ 80 %	88,48	90,66	90,55	90

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
		Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥60 %	58,47	76,5	100	93
		Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	100%	100	100	100	100
4	BEDAH SENTRAL	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1	1	1	1
		Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0	0	0	0
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100	100	100	100
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100	100	100	100
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100	100	100	100
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100	100	100	100
		Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	0	0	0	0
5	PERSALINAN, PERINATALOGI DAN KB	Angka Kematian Ibu	215/100.000		235	192	161
		Angka Kematian Bayi	13/1000		27	17	26
		Pemberi pelayanan persalinan normal (dr. Sp. OG, dr. Umum, bidan)	100%	100	100	100	100
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEX)	100%	100	100	100	100
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG	100	100	100	100
			b. Dokter Sp. A	91,65	91,37	97,73	96
			c. Dokter Sp. An	100	100	100	100

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
		Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	97,93	99,04	95,95	95
		Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	50,13	27,95	51,3	57
		Keluarga Berencana 1. Keluarga Berencana 2. Konseling KB Mantap 3. Gakin KB Pembiayaan 100%	100%	100	100	100	100
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	88,57	89,88	97,03	96
6	PELAYANAN INTENSIF	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0,00	0,00	0,53	0
		Pemberi pelayanan unit intensif	100 % dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	100	100	100	100
			50% perawat D3, D4, perawat mahir	43,14	39,94	41,27	44
7	RADIOLOGI	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto	≤ 3 jam (180 menit)	77	92	17	10
		Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan	100%	100	70,8	38,4	46
		Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	0,62	1,58	0,26	0
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	84,11	83,56	87,15	87
8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit	97	88	95	61
		Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100	100	100	100
		Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil	100%	100	100	100	100
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	91,39	86,85	90,2	88

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
		Angka pengulangan pemeriksaan	≤ 2%		0,55	3,07	4
9	REHABILITASI MEDIK	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %	0	0	0	0
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan	100%	100	100	100	100
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	87,29	88,84	91,55	77
10	FARMASI	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	24	23	21	22
		Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	34	37	37	34
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100	100	100	99,997
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80,94	82,15	89,97	99,91
		Penulisan resep sesuai formularium	≥ 90 %	99,95	99,95	99,95	100
11	GIZI	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	96,69	99,26	100	100
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	8,80	11,82	9,23	10
		Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	99,82	99,67	100	100
12	TRANSFUSI DARAH	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100	100	100	100
		Kejadian reaksi transfuse	≤ 0,01 %	1,30	0,42	0,24	0,97
13	REKAM MEDIK	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	97,42	95,98	92,55	94
		Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	75,35	93,13	89,69	90
		Pengembalian rekam medik	≥ 80%		75,58	94,07	99

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	6	11	16	4
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	7	7	7	4
14	PENGELOLAAN LIMBAH	Baku mutu limbah cair BOD< 30 mg/l	< 30 mg/l	9,15	10,12	15,9	14
		COD<80mg/l	< 80 mg/l	21,39	21,73	28,52	29
		TSS<30mg/l	< 30 mg/l	16,31	11,66	4,11	3
		PH 6-9	PH 6 – 9	7,24	6,96	7,21	7
		Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	84,62	96,84	100	100
		Inspeksi kesehatan lingkungan Rumah Sakit	≥ 7500		8898	8606	8606
		Proper lingkungan	Biru		Hijau	Hijau	Hijau
15	ADMINISTRASI / MANAJEMEN	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100	100	100	100
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100	100	100	100
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100	100	100	100
		Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100	100	100	100
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥60%	94,15	38,28	69,04	8
		Cost recovery	≥ 65%	105,94	66,45	70,03	68
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100	100	100	100
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100	100	100	100
		Kesesuaian jumlah surat elegibilitas peserta (SEP) yang	100%		96,63	91,24	

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
		diterbitkan terhadap jumlah sep yang diklaimkan					
		Level IT terintegrasi	Siloed 2		Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2
		Kecepatan waktu tanggap komplain	≥ 80%		100	100	100
16	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24	24	24	24
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	≤ 30 menit	100	100	100	100
		Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (sesuai kebutuhan berlaku	≤ 30 menit	5	5	5	5
17	PEMULASARAN JENAZAH	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	6	6	5	6
18	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	88,39	88,11	81,17	82
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat Medis	100%	100	100	100	100
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat Non Medis	100%	100	100	100	100
		Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100	100	100	100
19	PELAYANAN LAUNDRY	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	99,74	99,81	100	100
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100	100	85,13	100
20	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	Ada anggota Tim Pencegahan Penanggulangan Infeksi	75%	97,00	100	94	100

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Minimal	Capaian			
				2022	2023	2024	2025 TW I
		Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	75%	100	100	100	100
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 paramete)	75%	97	100	100	100
		Angka kejadian dekubitus	$\leq 1,5\%$		0,02	0,04	0
		Angka kejadian phlebitis	$\leq 5\%$		1,01	1	1
		Angka kejadian infeksi saluran kemih	$\leq 4,7\%$		0	0	0
		Angka kejadian infeksi daerah operasi	$\leq 2\%$		0,67	0,36	0
21	CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTMENT	Keberhasilan hasil uji bowie dick pada mesin sterilisasi autoclave	100%		100	100	100
		Peralatan medis memenuhi uji kelayakan setelah dilakukan dekontaminasi	$\geq 90\%$		99,99	100	100

Analisa:

- a. Instalasi Rawat Darurat: Terjadi peningkatan capaian bila dibandingkan tahun 2024 yang hanya mendapatkan tujuh indikator sedangkan TW 1 tahun 2025 tercapai semua atau tercapai delapan indikator .

Rekomendasi: pertahankan capaian.

- b. Instalasi Rawat Jalan: Terjadi penurunan capaian bila dibandingkan dengan tahunan 2024.

- 1) Indikator buka pelayanan sesuai ketentuan dan indikator waktu tunggu di rawat jalan tidak tercapai. Hal ini disebabkan diantaranya pengaturan waktu pelayanan poli yang sudah terjadwal dengan waktu visite ke ruang rawat inap yang bersamaan, keterlambatan dalam proses administrasi serta

adanya perubahan sistem pada SIMRS yang belum sepenuhnya berjalan dengan lancar.

- 2) Rekomendasi: Upaya perbaikan dan evaluasi menyeluruh agar indikator-indikator tersebut dapat kembali tercapai di tahun berikutnya.
- c. Instalasi Rawat Inap: Capaian sama dengan tahun sebelumnya satu indikator tidak tercapai.
 - 1) Indikator jam visite dokter spesialis tidak tercapai hal ini disebabkan diantaranya pengaturan waktu pelayanan poli yang sudah terjadwal dengan waktu visite ke ruang rawat inap yang bersamaan dan keterbatasan jumlah dokter spesialis.
 - 2) Rekomendasi: Evaluasi terhadap sistem penjadwalan dan penguatan komitmen kehadiran dokter perlu dilakukan guna meningkatkan pencapaian indikator.
- d. Instalasi Bedah Sentral: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.
- e. Instalasi Rawat Inap 2: Capaian sama dengan tahun sebelumnya empat indikator tidak tercapai.
 - 1) Indikator angka kematian bayi tidak tercapai hal ini disebabkan diantaranya pasien bayi atau neonatal datang sudah dalam kondisi berat/kritis, bayi lahir dari ibu hamil risiko tinggi yang tidak terdeteksi atau tidak ditangani optimal di faskes awal serta komplikasi.
 - 2) Indikator pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi tidak tercapai hal ini disebabkan resusitasi bayi baru lahir tidak dilakukan oleh DPJP Anak namun didelegasikan ke dokter umum. Indikator kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr tidak tercapai hal ini disebabkan adanya kegagalan dalam mendeteksi risiko BBLR sejak masa kehamilan (antenatal care yang tidak memadai)
 - 3) Indikator pertolongan persalinan melalui seksio cesaria tidak tercapai hal ini disebabkan karena tindakan SC dilakukan oleh DPJP sebagai upaya maksimal untuk menyelamatkan ibu dan

bayi dari risiko kematian serta faktor antenatal care yang tidak optimal.

- 4) Rekomendasi: perkuat jejaring rujukan dengan puskesmas dan klinik serta buat alur rujukan cepat untuk bayi, sosialisasi ke masyarakat tentang tanda bahaya bayi baru lahir dan pentingnya ANC & imunisasi.
- f. Instalasi Rawat Intensive: Capaian sama dengan tahun sebelumnya satu indikator tidak tercapai.
- 1) Indikator pemberi pelayanan unit intensif untuk perawat mahir tidak tercapai hal ini disebabkan karena keterbatasan informasi pelatihan serta keterbatasan SDM sehingga tidak memungkinkan untuk mengikuti pelatihan dalam jumlah yang banyak karena akan mengganggu pelayanan.
 - 2) Rekomendasi: mengajukan pelatihan intensive untuk pemenuhan perawat mahir.
- g. Instalasi Radiologi: Capaian sama dengan tahun sebelumnya satu indikator tidak tercapai.
- 1) Indikator pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan tidak tercapai hal ini disebabkan ketidakseimbangan antara jumlah pemeriksaan yang dilakukan dengan jumlah dokter spesialis radiologi menjadi salah satu faktor utama yang menyebabkan keterlambatan dalam proses ekspertise.
 - 2) Rekomendasi: pengajuan penambahan DPJP untuk pemenuhan ekspertise.
- h. Instalasi Laboratorium: Capaian sama dengan tahun sebelumnya satu indikator tidak tercapai.
- 1) Indikator angka pengulangan pemeriksaan tidak tercapai hal ini disebabkan diantaranya terdapat hasil nilai pemeriksaan yang nilainya berada di luar batas normal, sehingga memerlukan pemeriksaan ulang untuk memastikan ketepatan nilai serta adanya ketidaksesuaian hasil pemeriksaan dengan diagnosis klinis pasien, yang mengharuskan dilakukannya pengulangan pemeriksaan guna memperoleh hasil yang lebih akurat dan sesuai dengan kondisi medis pasien.

- 2) Rekomendasi: mengidentifikasi jenis pemeriksaan yang sering mengalami pengulangan serta mengkaji kemungkinan kesalahan yang terjadi serta memperbaikinya, melakukan evaluasi bersama agar meningkatkan pemahaman mengenai parameter pemeriksaan yang kritis, guna mengurangi permintaan pengulangan pemeriksaan yang tidak perlu.
- i. Instalasi Rehabilitasi Medik: Terjadi penurunan capaian bila dibandingkan dengan tahun lalu, satu indikator tidak tercapai pada triwulan satu tahun ini.
 - 1) Indikator kepuasan pelanggan tidak tercapai hal ini disebabkan adanya perubahan sistem SIMRS menyebabkan beberapa sistem layanan terganggu pada awal pelaksanaannya termasuk di instalasi rehabilitasi medik.
 - 2) Rekomendasi: Perbaiki sistem, sosialisasi ke petugas perlu dilaksanakan demi memperbaiki indikator kepuasan pelanggan.
- j. Instalasi Farmasi: Terjadi penurunan capaian bila dibandingkan tahun sebelumnya, satu indikator tidak tercapai pada triwulan satu tahun ini.
 - 1) Indikator tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat tidak tercapai hal ini disebabkan adanya insiden *medication error* (kesalahan obat), yang bisa terjadi pada tahap *prescribing, transcribing, dispensing, atau administering*.
 - 2) Rekomendasi: Perlunya penekanan pada SOP pemberian obat dengan standar 5 benar dan *double check sistematis* serta pelaksanaan pelatihan tentang *medication error* dan keselamatan pasien untuk semua tenaga kesehatan.
- k. Instalasi Gizi: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.
- l. Tranfusi Darah: Capaian sama dengan tahun sebelumnya satu indikator tidak tercapai.
 - 1) Indikator kejadian reaksi transfusi tidak tercapai hal ini disebabkan adanya reaksi alergi.

- 2) Rekomendasi: laksanakan tranfusi sesuai SOP, berikan premedikasi, pastikan darah telah dilakukan *cross match* sebelum diberikan ke pasien.
- m. Instalasi Rekam Medik dan Manajemen Data: Capaian sama dengan tahun sebelumnya dua indikator tidak tercapai.
- 1) Indikator kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan tidak tercapai hal ini disebabkan beberapa DPJP tidak melengkapi Lembar Rekam Medis (LRM) secara tepat waktu namun ini terjadi hanya dibulan januari sebelum menggunakan E-Rekam Medik setelah penggunaan capaian di februari dan maret mencapai 100%
 - 2) Indikator kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas tidak tercapai hal ini disebabkan tidak tertulisnya nama pemberi informasi serta nama penerima informasi pada form.
 - 3) Rekomendasi: pelaksanaan E-Rekam Medik telah berjalan pastikan sesuai SOP, monitoring dan evaluasi berkala terkait *informed content*.
- n. Pengolahan Limbah: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomedasi: pertahankan capaian.
- o. Administrasi / Manajemen: Terjadi penurunan capaian bila dibanding tahun 2024, dua indikator tidak tercapai.
- 1) Indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun tidak tercapai hal ini disebabkan kegiatan pelatihan dilakukan bertahap dan saat ini terhitung masih triwulan satu 2025.
 - 2) Indikator kesesuaian jumlah surat elegibilitas peserta (SEP) yang diterbitkan terhadap jumlah sep yang diklaimkan tidak tercapai hal ini disebabkan antara lain kasus yang tidak memenuhi syarat klaim serta berkas tidak sesuai dengan ketentuan BPJS.
 - 3) Rekomendasi: Optimalkan pelatihan pegawai melalui inhouse trining, workshop internal serta E-learning & webinar.

- p. Ambulan: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.
- q. Pemulasaran Jenazah: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.
- r. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.
- s. Instalasi Sarana Sandang: Terjadi peningkatan capaian bila dibandingkan tahun 2024, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.
- t. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.
- u. *Central Sterile Supply Department*: Capaian sama dengan tahun sebelumnya, indikator tercapai seluruhnya. Rekomendasi: pertahankan capaian.

2. Indikator Mutu Nasional

Indikator Mutu Nasional adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Berikut tabel capaian INM:

Tabel 7
Indikator Mutu Nasional

NO	Indikator	Target	Capaian TW 1
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	79,18
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99,18
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100,00
4	Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Cesaria Emergency</i>	≥ 80%	100,00
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥ 80%	68,61
6	Penundaan Operasi Elektif	≤ 5%	1,74
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥ 80%	78,63
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	99,12
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%	99,97
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis / <i>Clinical Pathway</i>	≥ 80%	N/A

NO	Indikator	Target	Capaian TW 1
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh	100%	100,00
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	100,00
13	Kepuasan Pasien	≥ 76,61	90,52

Analisa:

Terjadi penurunan capaian kinerja bila dibandingkan dengan target, lima indikator tidak tercapai.

- Indikator kepatuhan kebersihan tangan tidak tercapai hal ini disebabkan beberapa kendala diantaranya kurangnya kesadaran individu tentang pentingnya hand hygiene dalam mencegah infeksi serta ketersediaan sarana yang kurang.
- Indikator APD tidak tercapai hal ini disebabkan beberapa kendala diantaranya kurangnya kesadaran individu tentang pentingnya APD serta ketersediaan sarana yang kurang.
- Indikator waktu tunggu rawat jalan tidak tercapai hal ini disebabkan kehadiran petugas yang tidak tepat waktu, sistem antrian belum optimal serta perubahan sistem e-rekam medik yang belum sepenuhnya dikuasai oleh petugas.
- Indikator kepatuhan waktu visite dokter tidak tercapai hal ini disebabkan beberapa kendala diantaranya pengaturan waktu pelayanan poli yang terjadwal dengan waktu visite ke ruang rawat inap yang bersamaan serta beberapa DPJP menyelesaikan pelayanan di poliklinik atau tindakan operasi terlebih dahulu.
- Indikator pelaporan hasil kritis laboratorium tidak tercapai hal ini disebabkan beberapa kendala diantaranya keterlambatan komunikasi antar petugas dan belum optimalnya SOP pelaporan hasil kritis.

C. Pelaporan Capaian Sasaran

Tabel 8
Pelaporan Capaian Sasaran

No	Indikator Kinerja Sesuai Tugas dan Fungsi Perangkat Daerah	Target Renstra Tahun Ke-					Realisasi Renstra Tahun Ke-					Rasio Capaian Pada Tahun Ke-				
		2022	2023	2024	2025	2026	2022	2023	2024	TW I 2025	2026	2022	2023	2024	TW I 2025	2026
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Indeks Kepuasan Masyarakat	84,36	84,37	84,38	84,39	84,4	86,58	87,1	92,55	90,52	-	102,63	103,24	109,68	107,26	-
	Nilai Peringkat Penilaian Akreditasi	83,51	83,55	83,55	83,55	83,55	83,51	95,01	95,01	95,01	-	100	113,72	113,72	113,72	-
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	70	72	73	74	75	80,81	81,82	83,64	84,55	-	115,44	113,64	114,58	114,25	-

Analisa:

1. Indeks Kepuasan Masyarakat: Merupakan indikator dari Tujuan Rencana Strategis RSUD Aji Muhammad Parikesit untuk periode Tahun 2022 - 2026. Terjadi penurunan capaian bila dibandingkan dengan tahun 2024 namun capaian ini telah melebihi target di tahun 2025.
2. Nilai Peringkat Penilaian Akreditasi: Merupakan indikator pertama dari Sasaran Rencana Strategis RSUD Aji Muhammad Parikesit untuk periode Tahun 2022 - 2026. Capaian ini merupakan hasil dari survey akreditasi tahun 2023, dengan masa berlaku hingga tahun 2027.

3. Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target: Merupakan indikator kedua dari Sasaran Rencana Strategis RSUD Aji Muhammad Parikesit untuk periode Tahun 2022 - 2026. Terjadi peningkatan capaian bila dibandingkan dengan tahun 2024 dan bila dibandingkan dengan target, rasio capaian sebesar 114,25%.

D. Pelaporan Perjanjian Kinerja

Tabel 9
Pelaporan Perjanjian Kinerja

NO	SASARAN	INDIKATOR	SATUAN	TARGET	REALISASI	PERSENTASE
1.	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah	Peringkat Penilaian Akreditasi	Nilai	83,55	95,01	113,72
		Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	Persen	74	84,55	114,25
2.	Meningkatnya Keterlibatan Masyarakat dalam pelaksanaan Forum Konsultasi Publik	Persentase Pelaksanaan, Pelaporan dan Tindak Lanjut hasil Forum Konsultasi Publik (FKP)	Persen	100	-	-
3.	Meningkatnya Kepuasan Masyarakat	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	Poin	88,30 (Baik)	90,52	102,51
4.	Menyelesaikan Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)	Tindak Lanjut Hasil Temuan BPK atas audit LKPD Tahun sebelumnya	Persen	100	-	-
5.	Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)	Nilai Maturitas SPIP pada Perangkat daerah	Level	3	-	-
6.	Meningkatnya Partisipasi Perangkat Daerah dalam Pekan Inovasi Daerah	Jumlah Inovasi Perangkat Daerah	Inovasi	1	-	-
7.	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Persen	100	-	-
8.	Meningkatnya Penyelenggaraan Satu Data Indonesia	Persentase Keterinputan Data pada Satu Data Indonesia	Persen	100	100	100
9.	Terlaksananya "Gerakan Etam Mengaji (GEMA)" di perangkat daerah	Jumlah Laporan Pelaksanaan "Gerakan Etam Mengaji (GEMA)"	Laporan	48	12	25
10.	Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	Nilai SAKIP Kabupaten	Nilai	77	-	-
11.	Meningkatkan manajemen birokrasi yang efektif, efisien, inovatif, akuntabel, bersih dan melayani	Indeks RB Kabupaten	Nilai	65	-	-
12.	Menurunnya Prevalensi Stunting	Prevalensi Stunting	Persen	14,1	-	-

E. Pelaporan Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan

Tabel 10

Pelaporan Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan

NO	KODE REKENING	URAIAN	KINERJA				KEUANGAN				
			TARGET	SATUAN	CAPAIAN	%	ANGGARAN	BOBOT	REALISASI	%	SISA
A	1.02.01	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	75	nilai/skor	75,77	101,03%	Rp366.228.884.541	68,84%	48.706.456.653,53	13,30%	317.522.427.887,47
1	1.02.01.2.02	Kegiatan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	1	laporan	0	0,00%	325.000.000,00	0,09%	0,00	0,00%	325.000.000,00
a	1.02.01.2.02.0007	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulanan/ Semesteran SKPD	1	laporan	0	0,00%	300.000.000,00	92,31%	0,00	0,00%	300.000.000,00
b	1.02.01.2.02.0008	Penyusunan Pelaporan dan Analisis Prognosis Realisasi Anggaran	1	Dokumen	0	0,00%	25.000.000,00	7,69%	0,00	0,00%	25.000.000,00
2	1.02.01.2.03	Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	100	Persen	0	0,00%	10.000.000,00	0,00%	0,00	0,00%	10.000.000,00
c	1.02.01.2.03.0007	Pemanfaatan Barang Milik Daerah SKPD	1	Dokumen	0	0,00%	10.000.000,00	100,00%	0,00	0,00%	10.000.000,00
3	1.02.01.2.04	Administrasi Pendapatan Daerah Kewenangan Perangkat Daerah	100	Persen	0	0,00%	10.000.000,00	0,00%	0,00	0,00%	10.000.000,00
d	1.02.01.2.04.0007	Pelaporan Pengelolaan Retribusi Daerah	1	Dokumen	0	0,00%	10.000.000,00	100,00%	0,00	0,00%	10.000.000,00
4	1.02.01.2.08	Kegiatan Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	100	Persen	100	100,00%	24.872.238.969,00	6,79%	3.843.294.918,00	15,45%	21.028.944.051,00

NO	KODE REKENING	URAIAN	KINERJA				KEUANGAN				
			TARGET	SATUAN	CAPAIAN	%	ANGGARAN	BOBOT	REALISASI	%	SISA
e	1.02.01.2.08.0004	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	1	laporan	0,25	25,00%	24.872.238.969,00	100,00%	3.843.294.918,00	15,45%	21.028.944.051,00
5	1.02.01.2.10	Peningkatan Pelayanan BLUD	100	Persen	100	100,00%	341.011.645.572,00	93,11%	44.863.161.735,53	13,16%	296.148.483.836,47
f	1.02.01.2.10.0001	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	1	unit kerja	1	100,00%	341.011.645.572,00	100,00%	44.863.161.735,53	13,16%	296.148.483.836,47
B	1.02.02	Program Pemenuhan UKP dan UKM	89	Persen	92,08	103,46%	165.753.858.640,00	31,16%	0,00	0,00%	165.753.858.640,00
6	1.02.02.2.01	Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota	78	Persen	73,59	94,35%	165.753.858.640,00	100,00%	0,00	0,00%	165.753.858.640,00
g	1.02.02.2.01.0014	Pengadaan Alat Kesehatan/ Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	226	Unit/Set/ Paket	0	0,00%	54.053.858.640,00	32,61%	0,00	0,00%	54.053.858.640,00
h	1.02.02.2.01.0022	Pengembangan Rumah Sakit	11	Paket	0	0,00%	111.700.000.000,00	67,39%	0,00	0,00%	111.700.000.000,00
		TOTAL					531.982.743.181,00		48.706.456.653,53	9,16%	483.276.286.527,47

Analisa:

Berdasarkan data diatas untuk capaian kinerja pada Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota dengan indikator nilai SAKIP melebihi target yang ditetapkan dengan rasio capaian 101,03% dengan persentase realisasi keuangan sebesar 13,30%. untuk capaian kinerja pada Program Pemenuhan UKP dan UKM dengan indikator nilai ASPAK melebihi target yang ditetapkan dengan rasio capaian 103,46% dengan persentase realisasi keuangan sebesar 0%.



LAPORAN KINERJA

BADAN LAYANAN

UMUM DAERAH 2025



RSUD
AJI MUHAMMAD
PARIKESIT
Parikesit Pilihan Terbaik

-  Jl. Ratu Agung No. 1 Tenggara Seberang
Kutai Kartanegara - Kalimantan Timur
-  Telp. (0541) 661013 - 661015
-  Email : rsudamparikesit@yahoo.com
-  Website : www.rsamp.kukarkab.go.id