



LAPORAN KINERJA

TRIWULAN I TAHUN 2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan hidayah dan petunjuk-Nya sehingga buku Laporan dan Evaluasi Kinerja Pelayanan, Keuangan, Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) RSUD Dr. Moewardi Triwulan I dapat diselesaikan.

Laporan dan Evaluasi Kinerja Pelayanan, Keuangan, SPM dan SKM Triwulan I Tahun 2026 ini merupakan rangkuman dari kegiatan-kegiatan yang dilaporkan dan terkompilasi dari berbagai bagian/bidang/instalasi/unit di rumah sakit yang mencakup informasi pencapaian target pelayanan maupun keuangan serta kegiatan-kegiatan dan program yang dilaksanakan sebagai upaya untuk mendukung informasi pengambilan keputusan pihak manajemen rumah sakit dan dapat dijadikan bahan acuan penilaian/evaluasi kinerja yang obyektif, efisien dan efektif.

Kami menyadari laporan ini masih jauh dari sempurna sehingga kritik dan saran yang konstruktif dari Bp/Ibu/Sdr senantiasa kami harapkan, agar pada periode berikutnya Laporan dan Evaluasi Kinerja RSUD Dr. Moewardi dapat semakin baik.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan dan Evaluasi Kinerja ini, kami sampaikan terimakasih. Semoga Laporan dan Evaluasi Kinerja Triwulan I Tahun 2026 bermanfaat dan dapat dijadikan informasi kinerja dalam meningkatkan pelayanan yang optimal di RSUD Dr. Moewardi.

Kepala Bagian Perencanaan



Samsul Nur Hidayat, SKM, M. Kes
NIP. 19730712 200212 1 005

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud dan Tujuan	2
BAB II. PEMBAHASAN	3
A. Kinerja Pelayanan	3
1. Pelayanan Rawat Jalan	3
2. Pelayanan Rawat Inap.....	6
3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)	13
4. Instalasi Radiologi.....	16
5. Instalasi Radioterapi.....	17
6. Instalasi Farmasi.....	17
7. Instalasi Bedah Sentral (IBS).....	18
8. Instalasi Gizi	20
9. Instalasi Rehabilitasi Medik.....	21
10. Instalasi Sanitasi	21
11. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik	23
12. Instalasi Mikrobiologi & Parasitologi Klinik.....	24
13. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi	26
14. Kesehatan Ibu & Anak (KIA)	26
15. Klinik Psikologi Terpadu	27
16. Medical Check Up.....	28
B. Kinerja Keuangan.....	29
1. Penyerapan Anggaran	29
2. Pendapatan.....	31
3. Cost Recovery	33
C. Standar Pelayanan Minimal (SPM)	34
D. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM).....	48
BAB III. PENUTUP.....	50
A. Kesimpulan.....	50
B. Rekomendasi	51

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Realisasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan	3
Tabel 2. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Jalan	5
Tabel 3. Hari Perawatan dan BOR Berdasarkan Ruang	8
Tabel 4. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Inap	11
Tabel 5. Sepuluh Besar Penyebab Kematian.....	12
Tabel 6. Realisasi Pelayanan IGD	13
Tabel 7. Data Kematian di IGD	14
Tabel 8. Tindakan Radioterapi.....	17
Tabel 9. Pelayanan Resep Instalasi Farmasi	17
Tabel 10. Data Operasi Elektif IBS	18
Tabel 11. Data Operasi Cito IBS	19
Tabel 12. Kunjungan Rehabilitasi Medik	21
Tabel 13. Pemantauan Kualitas Kesehatan Lingkungan	21
Tabel 14. Pemeriksaan Lab. Mikrobiologi Klinik.....	24
Tabel 15. Pemeriksaan Lab. Parasitologi & Mikologi	25
Tabel 16. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	26
Tabel 17. Data Kunjungan Klinik Psikologi Terpadu	27
Tabel 18. Data Kunjungan Medical Check Up.....	28
Tabel 19. Perkembangan Pelaksanaan APBD Provinsi Jawa Tengah.....	30
Tabel 20. Target dan Realisasi Pendapatan BLUD.....	31
Tabel 21. Cost Recovery BLUD.....	33
Tabel 22. Cost Recovery Rate Total.....	34
Tabel 23. Hasil Capaian SPM Triwulan I Tahun 2026.....	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Komposisi Tempat Tidur	6
Gambar 2. Sepuluh Besar Penyakit IGD	15
Gambar 3. Data Pemeriksaan Radiologi	16
Gambar 4. Jumlah Penyajian Makanan Pasien per Kelas	20
Gambar 5. Pemeriksaan Lab. Patologi Klinik	23
Gambar 6. Pemeriksaan Lab. Patologi Anatomi	26
Gambar 7. Hasil capaian survey kepuasan masyarakat	48

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laporan dan evaluasi kinerja triwulan I 2026 ini mencakup laporan dan evaluasi kinerja pelayanan, kinerja keuangan, SPM dan SKM. Target yang dimaksud pada laporan dan evaluasi ini adalah target yang ditetapkan pada anggaran tahun 2026 dan target SPM berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 22 Tahun 2017 tentang Penerapan dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah.

Laporan kinerja pelayanan merangkum hampir seluruh kegiatan pelayanan rumah sakit yang mencakup informasi target dan realisasinya. Pola pelaporan kinerja pelayanan ini adalah dengan membandingkan antara realisasi triwulan sebelumnya dengan realisasi triwulan laporan. Dengan demikian setiap unit layanan dapat dievaluasi kenaikan atau penurunan realisasi kinerja pelayanan dari periode sebelumnya dan kecenderungan dengan periode sebelumnya. Pola pelaporan juga menampilkan akumulasi realisasi sampai dengan triwulan laporan, dengan demikian akan dapat dievaluasi posisi pencapaian realisasi sampai dengan saat periode pelaporan dibandingkan dengan target satu tahunnya.

Laporan kinerja keuangan yang berhubungan dengan penyerapan anggaran memberikan informasi tentang realisasi belanja dan realisasi fisik. Pola pelaporan kinerja keuangan ini adalah dengan membandingkan target penyerapan keuangan (anggaran) dengan realisasi penyerapan keuangan (anggaran), membandingkan antara target fisik yang tercantum dalam dokumen Rencana Kerja Operasional (RKO) dengan realisasi fisik masing-masing program/kegiatan. Dengan demikian akan dapat diketahui deviasi antara target dan realisasi keuangannya (anggaran) maupun fisiknya.

Laporan kinerja keuangan yang berhubungan dengan pendapatan mencakup informasi tentang target dan realisasi pendapatan masing-masing obyek pendapatan. Dengan demikian akan dapat diketahui cost recovery setiap periodenya sampai dengan periode pelaporan.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Penyusunan laporan kinerja triwulan ini dimaksudkan sebagai wujud pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan dalam rangka memenuhi amanah sesuai Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 3 Tahun 2026 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas dan Fungsi, Susunan Organisasi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Provinsi Jawa Tengah meliputi kinerja pelayanan, keuangan, SPM dan SKM yang telah dilaksanakan pada periode waktu triwulan.

2. Tujuan

a. Umum

Tersajinya gambaran kinerja meliputi pelayanan, keuangan, SPM dan SKM yang telah dilakukan di RSUD Dr. Moewardi oleh masing-masing satuan kerja dalam bentuk data, grafik dan informasi pada periode triwulan.

b. Khusus

- Tersedianya data dan informasi sebagai bahan dalam menentukan kebijakan.
- Mengetahui program-program dan kegiatan yang telah mencapai target maupun yang tidak tercapai.
- Memberikan laporan kepada atasan atas pelaksanaan tugas yang telah dilakukan serta *feedback* kepada Unit-unit dibawahnya (Bagian/Bidang dan Instalasi)

BAB II. PEMBAHASAN

A. Kinerja Pelayanan

1. Pelayanan Rawat Jalan

Tabel 1. Realisasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan pada Triwulan I Tahun 2026

Poliklinik	Triwulan I			
	Jan.	Feb.	Mar.	Jumlah
Poli Hemodialisa	2.081	1.845	1.972	5.898
Poli Anak	4.118	3.799	3.421	11.338
Poli Bedah Anak	314	290	206	810
Poli Bedah Digestif	1.620	1.485	1.505	4.610
Poli Bedah Onkologi	3.491	3.228	3.270	9.989
Poli Bedah Orthopaedi	2.485	2.284	2.061	6.830
Poli Bedah Plastik	838	609	544	1.991
Poli Bedah Saraf	1.086	979	905	2.970
Poli Bedah Thorax Kardio Vaskuler	930	835	797	2.562
Poli Bedah Urologi	2.068	1.919	1.644	5.631
Poli Pre Operatif	1.261	1.047	816	3.124
Poli Geriatri	166	162	160	488
Poli Dalam HOM	2.032	1.937	1.973	5.942
Poli Dalam	7.868	7.309	7.377	22.554
Poli Gigi dan Mulut	387	379	349	1.115
Poli Kesehatan Jiwa	200	267	186	653
Poli Kulit Dan Kelamin	804	774	869	2.447
Poli Mata	1.444	1.411	1.177	4.032
Poli Obsgyn Onkologi	1.578	1.467	1.394	4.439
Poli Obsgyn	1.301	1.241	1.109	3.651
Poli Rehabilitasi Medik	2.014	1.909	1.760	5.683
Poli Radioterapi (Kedokteran Nuklir)	2.317	2.133	1.988	6.438
Poli Saraf	2.256	2.035	2.050	6.341
Poli THT	2.796	2.448	2.384	7.628
Poli Nyeri	9	17	13	39
Poli VCT	405	408	431	1.244
Poli MDR	17	20	31	68
Poli Napza Dan Rumatan Metadon	48	4	2	54
Poli DOTS	0	0	24	24
Poli Gizi	21	8	7	36
Poli Paru	1.578	1.471	1.458	4.507
Poli Jantung	2.824	2.882	2.782	8.488

Poliklinik	Triwulan I			
	Jan.	Feb.	Mar.	Jumlah
Poli Anestesi	200	182	256	638
Poli Psikologi	50	36	24	110
Poli MCU	140	129	114	383
Poli Sarana Kemoterapi	67	47	28	142
Poli Stem Cell	25	11	5	41
Poli Sekar Moewardi	315	274	173	762
Jumlah	51.154	47.281	45.265	143.700

Sumber data : SIMRS

Berdasarkan rekapitulasi data kunjungan poliklinik selama Triwulan I (Januari–Maret), tercatat total kunjungan sebanyak 143.700 pasien, dengan rincian Januari 51.154 kunjungan, Februari 47.281 kunjungan, dan Maret 45.265 kunjungan. Data tersebut menunjukkan adanya tren penurunan kunjungan secara bertahap dari bulan Januari hingga Maret. Poliklinik dengan kontribusi kunjungan tertinggi adalah Poli Dalam (22.554 kunjungan), diikuti Poli Anak (11.338 kunjungan), Poli Bedah Onkologi (9.989 kunjungan), Poli Jantung (8.488 kunjungan), dan Poli THT (7.628 kunjungan), yang mencerminkan tingginya kebutuhan pelayanan pada kasus penyakit dalam, anak, serta penyakit kronis dan degeneratif.

Poliklinik dengan jumlah kunjungan tertinggi adalah Poli Dalam sebanyak 22.554 kunjungan, diikuti oleh Poli Anak sebanyak 11.338 kunjungan dan Poli Bedah Onkologi sebanyak 9.989 kunjungan. Tingginya kunjungan pada poli-poli tersebut menunjukkan bahwa layanan penyakit dalam, kesehatan anak, dan kasus onkologi masih menjadi layanan dengan kebutuhan terbesar di rumah sakit. Selain itu, Poli Jantung mencatat 8.488 kunjungan dan Poli THT sebanyak 7.628 kunjungan, yang juga menunjukkan tingginya kebutuhan pelayanan spesialisik.

Di sisi lain, terdapat beberapa poliklinik dengan jumlah kunjungan relatif rendah, seperti Poli DOTS sebanyak 24 kunjungan, Poli Gizi sebanyak 36 kunjungan, Poli Nyeri sebanyak 39 kunjungan, dan Poli Stem Cell sebanyak 41 kunjungan. Rendahnya angka kunjungan pada poli tersebut dapat dipengaruhi oleh karakteristik layanan yang lebih spesifik dan terbatas pada kelompok pasien tertentu.

Secara keseluruhan, data kunjungan rawat jalan Triwulan I Tahun 2026 menunjukkan bahwa rumah sakit masih menjadi rujukan utama untuk pelayanan spesialisik dan subspecialistik, khususnya pada bidang penyakit dalam, anak, bedah onkologi, serta layanan kardiovaskular.

Tabel 2. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Jalan pada Triwulan I Tahun 2026

NO	Diagnosis	ICD X	Jumlah
1	Breast, Unspecified	C50.9	5.840
2	Chronic Viral Hepatitis B without Delta-Agent	B18.1	2.654
3	Systemic Lupus Erythematosus, unspecified	M32.9	2.396
4	Atherosclerotic Heart Disease	I25.1	2.276
5	Cervix Uteri Unspecified	C53.9	1.732
6	Bronchus or Lung, Unspecified	C34.9	1.568
7	Nasopharynx, Unspecified	C11.9	1.282
8	Malignant Neoplasm Of Rectum	C20	1.160
9	Beta Thalasemia	D56.1	1.031
10	Malignant Neoplasm Of Ovary	C56	1.020

Sumber data : Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Berdasarkan data Triwulan I, diagnosis terbanyak adalah kanker payudara dengan 5.840 kasus, diikuti hepatitis B kronis sebanyak 2.654 kasus dan lupus sebanyak 2.396 kasus. Selain itu, cukup banyak juga ditemukan kasus penyakit jantung, kanker serviks, dan kanker paru. Sebagian besar kasus merupakan penyakit kronis dan kanker. Tingginya kasus hepatitis B kronis menunjukkan masih besarnya kebutuhan pelayanan penyakit infeksi kronis dan pemantauan jangka panjang, sedangkan tingginya kasus SLE menggambarkan meningkatnya kebutuhan pelayanan penyakit autoimun yang memerlukan terapi berkesinambungan dan multidisiplin.

Selain itu, kasus penyakit kardiovaskular juga cukup tinggi, yang terlihat dari diagnosis Atherosclerotic Heart Disease (I25.1) sebanyak 2.276 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit degeneratif dan kardiovaskular masih menjadi salah satu beban utama pelayanan kesehatan. Penyakit

tersebut umumnya membutuhkan monitoring rutin, pengobatan jangka panjang, serta pengelolaan faktor risiko secara berkelanjutan.

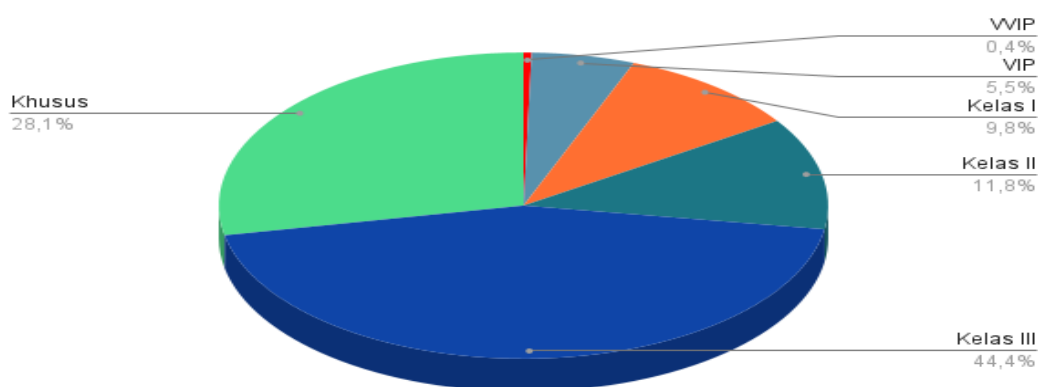
Data juga menunjukkan dominasi kasus keganasan lainnya, seperti kanker serviks (C53.9) sebanyak 1.732 kasus, kanker paru/bronkus (C34.9) sebanyak 1.568 kasus, kanker nasofaring (C11.9) sebanyak 1.282 kasus, kanker rektum (C20) sebanyak 1.160 kasus, dan kanker ovarium (C56) sebanyak 1.020 kasus. Tingginya variasi kasus kanker tersebut mengindikasikan bahwa rumah sakit memiliki peran penting sebagai pusat rujukan pelayanan kanker dengan kebutuhan diagnostik, kemoterapi, radioterapi, hingga tindakan operatif yang cukup besar.

Selain penyakit keganasan, Beta Thalasemia (D56.1) sebanyak 1.031 kasus juga masuk dalam sepuluh besar penyakit rawat jalan. Kondisi ini menunjukkan perlunya pelayanan hematologi yang berkesinambungan, termasuk transfusi darah rutin dan monitoring jangka panjang bagi pasien talasemia.

Secara keseluruhan, pola sepuluh besar penyakit rawat jalan pada Triwulan I Tahun 2026 menunjukkan dominasi penyakit kronis, degeneratif, autoimun, dan keganasan yang memerlukan pelayanan komprehensif, multidisiplin, serta tindak lanjut jangka panjang

2. Pelayanan Rawat Inap

Gambar 1. Komposisi Tempat Tidur



Berdasarkan Surat Keputusan Direktur nomor: 100.3.3/11268/2025, tanggal 24 Oktober 2025, jumlah tempat tidur rumah sakit adalah 932 tempat tidur yang terdiri dari : Kelas III = 414 TT, Kelas II = 110 TT, Kelas I = 91 TT, VIP = 51 TT, VVIP = 4 TT, Kelas Khusus : 262 TT.

**Tabel 3. Hari Perawatan dan BOR Berdasarkan Ruang
Triwulan I Tahun 2026**

No	Ruang	Hari Perawatan	Lama Dirawat	Pasien Keluar			Pasien Keluar Mati		BOR	LOS	TOI	BTO	NDR (0/00)	GDR (0/00)
				Hidup	Mati	Jml	<48 Jam	>48 Jam						
1	Ruangan Anggrek I	801	1.994	265	14	279	2	12	68,46	7,15	1,32	21,46	43,01	50,18
2	Ruangan Anggrek I - HCU	1.251	490	15	55	70	9	46	73,16	7,00	6,56	3,68	657,14	785,71
3	Ruangan Anggrek I - HCU Paru	78	89	5	11	16	5	6	43,33	5,56	6,38	8,00	375,00	687,50
4	Ruangan Anggrek I - Psikiatri	40	28	8	0	8	0	0	14,81	3,50	28,75	2,67	0,00	0,00
5	Ruangan Anggrek I - TB	298	262	37	7	44	3	4	41,39	5,95	9,59	5,50	90,91	159,09
6	Ruangan Anggrek I – TB-MDR	54	38	8	0	8	0	0	12,00	4,75	49,50	1,60	0,00	0,00
7	Ruangan Anggrek II	2.065	1.524	472	7	479	3	4	95,60	3,18	0,20	19,96	8,35	14,61
8	Ruangan Anggrek II - HCU Anggrek	1.201	542	17	89	106	25	64	111,20	5,11	-1,14	8,83	603,77	839,62
9	Ruangan Anggrek II - Unit Stroke	884	828	129	6	135	2	4	81,85	6,13	1,45	11,25	29,63	44,44
10	Ruangan Anggrek III	2.605	2.167	480	36	516	14	22	96,48	4,20	0,18	17,20	42,64	69,77
11	Ruangan Anggrek III - Paliatif Care	423	669	45	62	107	14	48	78,33	6,25	1,09	17,83	448,60	579,44
12	Ruangan Anyelir 2	1.109	548	229	3	232	3	0	88,02	2,36	0,65	16,57	0,00	12,93
13	Ruangan Anyelir 3	601	601	236	0	236	0	0	55,65	2,55	2,03	19,67	0,00	0,00
14	Ruangan Aster V	1.611	2.002	527	7	534	1	6	99,44	3,75	0,02	29,67	11,24	13,11
15	Ruangan Camelia - HCU	1.063	260	26	63	89	27	36	107,37	2,92	-0,82	8,09	404,49	707,87
16	Ruangan Camelia - ICU	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	Ruangan Cempaka - HCU Anak	584	18	0	9	9	2	7	72,10	2,00	25,11	1,00	777,78	1000,00
18	Ruangan Cempaka - ICU	1.101	378	1	59	60	8	51	81,56	6,30	4,15	4,00	850,00	983,33
19	Ruangan Cempaka - ICU Isolasi	124	34	0	7	7	0	7	45,93	4,86	20,86	2,33	1000,00	1000,00
20	Ruangan Cendana II	1.886	1.540	392	14	406	1	13	91,11	3,79	0,45	17,65	32,02	34,48
21	Ruangan Cendana III	2.300	1.840	464	17	481	7	10	91,27	3,83	0,46	17,18	20,79	35,34
22	Ruangan Cendana III - Isolasi	51	40	11	0	11	0	0	56,67	3,64	3,55	11,00	0,00	0,00

No	Ruang	Hari Perawatan	Lama Dirawat	Pasien Keluar			Pasien Keluar Mati		BOR	LOS	TOI	BTO	NDR (0/00)	GDR (0/00)
23	Ruangan Flamboyan 10	5.357	4.302	1.030	41	1.071	19	22	97,58	4,02	0,12	17,56	20,54	38,28
24	Ruangan Flamboyan 10 - Isolasi	643	473	112	11	123	3	8	79,38	3,85	1,36	13,67	65,04	89,43
25	Ruangan Flamboyan 5	2.809	2.022	623	5	628	1	4	97,53	3,22	0,11	19,63	6,37	7,96
26	Ruangan Flamboyan 6	2.834	2.189	628	10	638	4	6	82,87	3,43	0,92	16,79	9,40	15,67
27	Ruangan Flamboyan 6 - Isolasi	292	277	67	1	68	0	1	40,56	4,07	6,29	8,50	14,71	14,71
28	Ruangan Flamboyan 7	5.521	4.546	912	71	983	19	52	86,40	4,62	0,88	13,85	52,90	72,23
29	Ruangan Flamboyan 7 - Isolasi	124	98	18	1	19	1	0	45,93	5,16	7,68	6,33	0,00	52,63
30	Ruangan Flamboyan 8	6.530	5.621	1.275	86	1.361	19	67	96,74	4,13	0,16	18,15	49,23	63,19
31	Ruangan Flamboyan 8 - Isolasi	561	478	91	12	103	0	12	77,92	4,64	1,54	12,88	116,50	116,50
32	Ruangan Flamboyan 9	4.397	3.975	1.052	8	1.060	1	7	85,71	3,75	0,69	18,60	6,60	7,55
33	Ruangan Flamboyan 9 - Isolasi	242	225	55	0	55	0	0	44,81	4,09	5,42	9,17	0,00	0,00
34	Ruangan HCU Jantung	946	354	65	11	76	0	11	105,11	4,66	-0,61	7,60	144,74	144,74
35	Ruangan ICVCU	1.131	417	45	68	113	39	29	104,72	3,69	-0,45	9,42	256,64	601,77
36	Ruangan Mawar 2	4.859	3.725	1.017	25	1.042	8	17	89,98	3,57	0,52	17,37	16,31	23,99
37	Ruangan Mawar 3	3.492	2.768	743	23	766	8	15	94,63	3,61	0,26	18,68	19,58	30,03
38	Ruangan Mawar I - ICU	1.824	1.250	0	193	193	40	153	84,44	6,48	1,74	8,04	792,75	1000,00
39	Ruangan Mawar I - PICU	538	252	2	19	21	2	17	74,72	12,00	8,67	2,63	809,52	904,76
40	Ruangan Mawar I - Isolasi ICU	325	409	0	53	53	13	40	51,59	7,72	5,75	7,57	754,72	1000,00
41	Ruangan Mawar I - Isolasi PICU	143	37	0	9	9	0	9	79,44	4,11	4,11	4,50	1000,00	1000,00
42	Ruangan NICU	1.827	1.934	158	53	211	15	38	65,48	9,17	4,56	6,81	180,09	251,18
43	Ruangan Tulip 4	1.091	900	298	3	301	1	2	60,61	2,99	2,36	15,05	6,64	9,97
44	Ruangan Tulip 4 - Isolasi	599	530	92	3	95	0	3	83,19	5,58	1,27	11,88	31,58	31,58
45	Ruangan Tulip 5	2.946	2.344	796	5	801	0	5	90,93	2,93	0,37	22,25	6,24	6,24
46	Ruangan Tulip 6	2.415	1.883	575	4	579	1	3	76,67	3,25	1,27	16,54	5,18	6,91
	Jumlah	71.576	56.901	13.021	1.181	14.202	320	861	85,33	4,01	0,87	15,24	60,63	83,16

Berdasarkan data pada Tabel 3, total hari perawatan pasien rawat inap pada Triwulan I Tahun 2026 mencapai 71.576 hari perawatan dengan jumlah pasien keluar sebanyak 14.202 pasien, terdiri atas 13.021 pasien keluar hidup dan 1.181 pasien meninggal. Nilai Bed Occupancy Ratio (BOR) rumah sakit secara keseluruhan mencapai 85,33%, dengan Average Length of Stay (LOS) sebesar 4,01 hari, Turn Over Interval (TOI) sebesar 0,87 hari, dan Bed Turn Over (BTO) sebesar 15,24 kali. Nilai tersebut menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang cukup tinggi dengan waktu kekosongan tempat tidur yang relatif singkat.

Beberapa ruang perawatan menunjukkan tingkat BOR yang sangat tinggi, bahkan melebihi standar ideal 60–85%. Ruangan dengan BOR tertinggi antara lain Ruangan Anggrek II – HCU Anggrek sebesar 111,20%, Ruangan Camelia – HCU sebesar 107,37%, Ruangan HCU Jantung sebesar 105,11%, dan Ruangan ICVCU sebesar 104,72%. Tingginya BOR pada ruang intensif dan high care tersebut menunjukkan tingginya kebutuhan pelayanan pasien dengan kondisi kritis dan ketergantungan tinggi terhadap monitoring serta tindakan medis intensif yang perlu menjadi perhatian dalam pengelolaan kapasitas tempat tidur dan sumber daya pelayanan.

Selain itu, beberapa ruang rawat inap umum juga memiliki BOR yang tinggi, seperti Ruangan Aster V sebesar 99,44%, Ruangan Flamboyan 10 sebesar 97,58%, Ruangan Flamboyan 5 sebesar 97,53%, Ruangan Anggrek III sebesar 96,48%, dan Ruangan Flamboyan 8 sebesar 96,74%.

Di sisi lain, terdapat beberapa ruangan dengan BOR relatif rendah, seperti Ruangan Anggrek I – TB MDR sebesar 12,00%, Ruangan Anggrek I – Psikiatri sebesar 14,81%, serta Ruangan Anggrek I – HCU Paru sebesar 43,33%. Rendahnya tingkat hunian tersebut dapat dipengaruhi oleh karakteristik pelayanan yang lebih spesifik dan jumlah pasien yang terbatas, serta kebijakan tata kelola pelayanan.

Berdasarkan indikator LOS, sebagian besar ruang rawat inap memiliki rata-rata lama rawat antara 3–5 hari, yang menunjukkan efisiensi pelayanan dan percepatan proses pemulihan pasien. Namun demikian, beberapa ruang intensif dan pelayanan khusus memiliki LOS yang lebih panjang, seperti Ruangan Mawar I – PICU sebesar 12 hari dan Ruangan NICU sebesar 9,17 hari. Kondisi ini mencerminkan kompleksitas kasus pasien pediatrik dan

neonatal yang memerlukan perawatan intensif dalam jangka waktu lebih lama.

Dari aspek mortalitas, nilai Net Death Rate (NDR) dan Gross Death Rate (GDR) tertinggi terlihat pada beberapa ruang intensif, seperti Ruangan Mawar I – ICU, Ruangan Cempaka – ICU, dan Ruangan ICVCU. Tingginya angka kematian pada ruang tersebut dapat dipengaruhi oleh tingkat keparahan kondisi pasien yang dirawat, karena ruang intensif umumnya menangani pasien kritis dengan risiko mortalitas tinggi.

Secara keseluruhan, indikator pelayanan rawat inap pada Triwulan I Tahun 2026 menunjukkan bahwa tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit cukup tinggi dengan kebutuhan pelayanan intensif yang besar, khususnya pada ruang HCU, ICU, dan ruang perawatan kasus kritis lainnya.

Tabel 4. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Inap pada Triwulan I Tahun 2026

No	Jenis Penyakit	Kode	Jumlah
1	Bronchus Or Lung, Unspecified	C34.9	548
2	Atherosclerotic Heart Disease	I25.1	402
3	Breast, Unspecified	C50.9	277
4	Acute Lymphoblastic Leukaemia	C91.0	227
5	Bladder, Unspecified	C67.9	195
6	Malignant Neoplasm Of Rectum	C20	194
7	Exocervix	C53.1	182
8	Malignant Neoplasm Of Ovary	C56	177
9	Cerebral Infarction Due to Thrombosis of Cerebral Arteries	I63.3	173
10	Pneumonia Unspecified	J18.9	155

Sumber data : Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Berdasarkan data 10 besar penyakit rawat inap Triwulan I, kasus terbanyak adalah kanker paru sebanyak 548 kasus, diikuti penyakit jantung koroner sebanyak 402 kasus dan kanker payudara sebanyak 277 kasus. Selain itu, terdapat juga kasus leukemia, kanker kandung kemih, kanker rektum, serta kanker serviks yang cukup dominan.

Jenis penyakit yang ada di rawat inap didominasi oleh kanker dan penyakit kronis, serta beberapa kasus infeksi seperti pneumonia. Pola penyakit rawat inap pada Triwulan I Tahun 2026 menunjukkan dominasi

kasus kanker, penyakit kardiovaskular, dan penyakit kronis kompleks yang membutuhkan pelayanan multidisiplin, fasilitas penunjang yang memadai, serta kapasitas pelayanan rawat inap yang optimal.

Tabel 5. Sepuluh Besar Penyebab Kematian pada Triwulan I Tahun 2026

No	Jenis Penyakit	Kode	Jumlah
1	Cardiac Arrest, Unspecified	I46.9	468
2	Septic shock	R57.2	226
3	Respiratory Failure, Unsp.	J96.9	184
4	Septicaemia, Unspecified	A41.9	34
5	Cardiogenic Shock	R57.0	24
6	Cardiac arrest with successful resuscitation	I46.0	22
7	Cardiac arrest	I46	13
8	Respiratory Distress Syndrome of Newborn	P22.0	10
9	Pneumonia, unspecified	J18.9	9
10	Asphyxia	R09.0	8

Sumber data : Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Berdasarkan data sepuluh besar penyebab kematian pada Triwulan I Tahun 2026, penyebab kematian tertinggi adalah Cardiac Arrest, Unspecified (I46.9) sebanyak 468 kasus. Selain itu, kondisi kegawatdaruratan lain seperti Septic Shock (R57.2) sebanyak 226 kasus dan Respiratory Failure, Unspecified (J96.9) sebanyak 184 kasus juga mendominasi penyebab kematian pasien. Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar kematian terjadi akibat kondisi kritis dengan gangguan fungsi jantung, pernapasan, dan kegagalan organ yang memerlukan penanganan intensif.

Kasus infeksi berat juga masih menjadi faktor penting penyebab kematian, yang terlihat dari Septicaemia, Unspecified (A41.9) sebanyak 34 kasus dan Pneumonia, Unspecified (J18.9) sebanyak 9 kasus. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa infeksi sistemik dan komplikasi penyakit infeksi masih memberikan kontribusi signifikan terhadap mortalitas pasien, terutama pada pasien dengan kondisi komorbid atau daya tahan tubuh yang rendah.

Selain itu, terdapat penyebab kematian pada kelompok neonatal, yaitu Respiratory Distress Syndrome of Newborn (P22.0) sebanyak 10 kasus dan Asphyxia (R09.0) sebanyak 8 kasus. Hal ini menunjukkan perlunya penguatan pelayanan maternal dan neonatal, khususnya pada penanganan

bayi risiko tinggi dan pelayanan intensif neonatal. Secara keseluruhan, pola penyebab kematian pada Triwulan I Tahun 2026 didominasi oleh kondisi kegawatdaruratan, syok, gangguan pernapasan, serta infeksi berat yang memerlukan penguatan layanan critical care dan sistem penanganan pasien kritis secara komprehensif.

3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Tabel 6. Realisasi Pelayanan IGD pada Triwulan I Tahun 2026

Pelayanan	Triwulan I			
	Jan.	Feb.	Mar.	Jml.
Bedah	855	812	959	2.626
P. Dalam	761	700	832	2.293
Anak	219	203	215	637
Obsgyn	177	148	168	493
Paru	161	170	173	504
Saraf	173	140	184	497
Jantung	265	230	271	766
Jiwa	3	3	4	10
THT	171	147	177	495
Mata	13	11	10	34
Kulit & Kel.	9	12	9	30
Gilut	2	10	5	17
Anestesi	64	35	49	148
IKF	0	1	0	1
Umum	47	41	67	155
Jumlah	2.920	2.663	3.123	8.706

Sumber data : Instalasi Gawat Darurat

Realisasi pelayanan IGD pada Triwulan I Tahun 2026 mencapai 8.706 kunjungan, dengan tren menurun dari Januari (2.920) ke Februari (2.663) dan meningkat kembali pada Maret (3.123). Kenaikan pada bulan Maret menunjukkan peningkatan kebutuhan layanan kegawatdaruratan yang perlu diantisipasi dalam perencanaan kapasitas pelayanan.

Jenis pelayanan didominasi oleh Bedah (2.626 kasus) dan Penyakit Dalam (2.293 kasus), diikuti Jantung (766 kasus). Tingginya kasus tersebut menunjukkan dominasi kasus kegawatdaruratan akibat penyakit kronis, trauma, maupun kondisi yang memerlukan tindakan cepat dan intensif.

Selain itu, pelayanan anak, paru, saraf, obsgyn, dan THT juga menunjukkan jumlah kunjungan yang cukup signifikan. Kondisi ini menggambarkan bahwa IGD melayani kasus kegawatdaruratan yang beragam dari berbagai spesialisasi medis. Sementara itu, pelayanan dengan jumlah kunjungan rendah seperti jiwa, mata, kulit dan kelamin, serta IKF menunjukkan bahwa kasus kegawatdaruratan pada layanan tersebut relatif lebih sedikit dibandingkan kasus medis dan bedah.

Tabel 7. Data Kematian di IGD pada Triwulan I Tahun 2026

Bulan	Jml pasien	DOA	%	DOT	%	Jml Kematian	%
Januari	2.920	18	0,62	54	1,85	72	2,47
Februari	2.663	10	0,38	45	1,69	55	2,07
Maret	3.123	14	0,45	59	1,89	73	2,34
Jml. TW I	8.706	42	0,48	158	1,81	200	2,30

Sumber data : Instalasi Gawat Darurat

Data kematian di IGD sebagai berikut:

- a. Death On Arrival (DOA) atau pasien yang datang ke IGD dan meninggal dunia sebelum ditangani pada triwulan I sebanyak 42 pasien atau 0,48% dari total pasien sebanyak 8.706 pasien.
- b. Death On Table (DOT) yaitu pasien yang meninggal di IGD setelah ditangani pada triwulan I sebanyak 158 pasien atau 1,81% dari total pasien sebanyak 8.706 pasien.
- c. Total jumlah kematian di IGD pada triwulan I adalah sebanyak 200 pasien atau 2,30% dari total jumlah pasien IGD sebanyak 8.706 pasien.

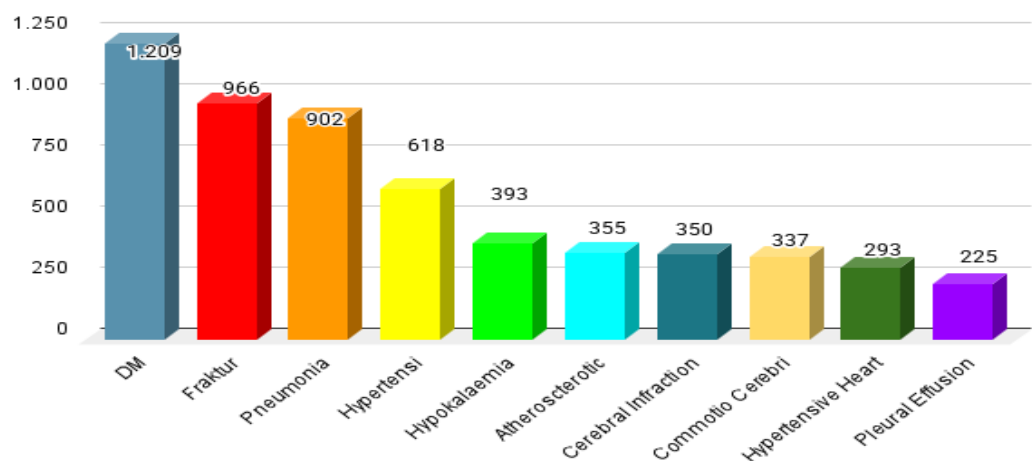
Berdasarkan data kematian di IGD pada Triwulan I Tahun 2026, jumlah kunjungan pasien ke IGD mencapai 8.706 pasien dengan total kematian sebanyak 200 kasus atau sebesar 2,30% dari seluruh kunjungan. Dari jumlah tersebut, sebanyak 42 pasien merupakan kasus Dead on Arrival (DOA) atau 0,48%, sedangkan Death on Treatment (DOT) sebanyak 158 kasus atau 1,81%. Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar kematian terjadi setelah pasien mendapatkan

penanganan di IGD, yang mengindikasikan tingginya kasus pasien dengan kondisi kritis saat datang ke rumah sakit.

Secara bulanan, jumlah kematian tertinggi terjadi pada bulan Maret sebanyak 73 kasus (2,34%), diikuti Januari sebanyak 72 kasus (2,47%) dan Februari sebanyak 55 kasus (2,07%). Meskipun Februari memiliki jumlah kematian paling rendah, persentase kematian pada seluruh bulan relatif stabil di kisaran 2%. Hal ini menunjukkan konsistensi beban pelayanan pasien gawat darurat dengan tingkat keparahan kasus yang cukup tinggi sepanjang triwulan.

Secara keseluruhan, data kematian di IGD menggambarkan bahwa Instalasi Gawat Darurat menangani banyak pasien dengan kondisi kegawatdaruratan berat dan risiko mortalitas tinggi. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sistem triase, kesiapan sumber daya manusia, serta optimalisasi fasilitas dan peralatan kegawatdaruratan guna meningkatkan respons penanganan pasien kritis dan menekan angka kematian di IGD.

Gambar 2. Sepuluh Besar Penyakit IGD pada Triwulan I Tahun 2026



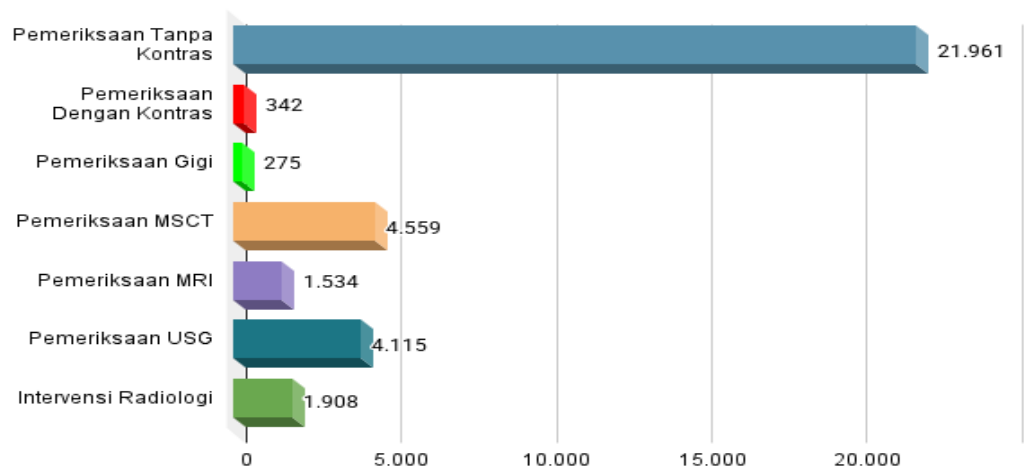
Sepuluh besar penyakit di IGD pada Triwulan I Tahun 2026 didominasi oleh Diabetes Melitus (DM) dengan 1.209 kasus, diikuti fraktur (966 kasus) dan pneumonia (902 kasus). Selanjutnya, hipertensi (618 kasus) dan hipokalemia (393 kasus) juga menunjukkan angka yang cukup tinggi,

mencerminkan dominasi kasus penyakit kronis dan kegawatdaruratan metabolik serta trauma.

Distribusi ini menunjukkan bahwa beban pelayanan IGD masih didominasi oleh penyakit tidak menular dan komplikasinya, disertai kasus cedera. Oleh karena itu, diperlukan penguatan penanganan kasus kronis, peningkatan kesiapsiagaan terhadap kasus trauma, serta optimalisasi pelayanan preventif dan rujukan untuk menekan angka kunjungan berulang di IGD.

4. Instalasi Radiologi

Gambar 3. Data Pemeriksaan Radiologi Triwulan I Tahun 2026



Sumber data : Instalasi Radiologi

Berdasarkan data pada grafik, kinerja layanan radiologi didominasi oleh pemeriksaan tanpa kontras dengan volume tertinggi sebesar 21.961 tindakan. Disusul oleh pemeriksaan MSCT (4.559) dan USG (4.115) yang menunjukkan kontribusi signifikan terhadap total layanan. Sementara itu, MRI (1.534) dan intervensi radiologi (1.908) berada pada tingkat menengah, sedangkan pemeriksaan dengan kontras (342) dan pemeriksaan Gigi (275) mencatat volume paling rendah. Hal ini mengindikasikan tingginya kebutuhan layanan diagnostik dasar dibandingkan prosedur lanjutan atau spesifik.

5. Instalasi Radioterapi

Tabel 8. Tindakan Radioterapi pada Triwulan I Tahun 2026

No.	Tindakan	Triwulan I			
		Jan.	Feb.	Mar.	Jml
1.	Poliklinik	731	609	490	1.830
2.	Simulator 2D	26	14	12	52
3.	CT Simulator	68	59	54	181
4.	TPS (Treatment Planning System) 2D	26	14	12	52
5.	TPS 3D	52	51	62	165
6.	Tindakan Radiasi Eksterna 2D	364	334	215	913
7.	Tindakan Radiasi Eksterna 3D	1.367	1.282	1.275	3.924
8.	Tindakan Brakhiterapi	52	42	35	129
Jumlah		2.686	2.405	2.155	7.246

Pada Triwulan I Tahun 2026, total tindakan radioterapi mencapai 7.246 layanan dengan tren menurun dari Januari (2.686) ke Februari (2.405) dan Maret (2.155). Layanan didominasi oleh radiasi eksterna 3D sebesar 3.924 tindakan (54,2%), diikuti poliklinik (25,3%) dan radiasi eksterna 2D (12,6%).

Komposisi ini menunjukkan pemanfaatan teknologi 3D lebih tinggi dibanding 2D, mencerminkan peningkatan kualitas layanan. Namun, tren penurunan perlu dievaluasi lebih lanjut untuk memastikan stabilitas kunjungan dan optimalisasi kinerja layanan.

6. Instalasi Farmasi

Tabel 9. Pelayanan Resep Instalasi Farmasi pada Triwulan I Tahun 2026

No.	Jenis Resep	Triwulan I			
		Rajal	Ranap	IGD	Jml.
1	Lembar Resep	95.465	156.276	42.038	293.779
2	Resep (R/)	384.260	1.008.818	187.600	1.580.678
3	Resep (R/) Terlayani	365.642	969.130	182.470	1.517.242
4	Resep (R/) Tidak Terlayani	18.618	39.688	5.130	63.436
5	% Resep tidak Terlayani	4,85	3,93	2,73	4,01

Pada Triwulan I, total resep (R/) tercatat sebanyak 1.580.678, dengan 1.517.242 resep (96%) berhasil terlayani dan 63.436 resep (4,01%) tidak terlayani. Jumlah lembar resep mencapai 293.779, dengan kontribusi terbesar berasal dari rawat inap, diikuti rawat jalan dan IGD, yang menunjukkan tingginya kebutuhan pelayanan farmasi pada pasien rawat inap.

Tingkat keterlayanan resep tergolong baik, namun masih terdapat persentase resep tidak terlayani yang perlu diperhatikan, terutama pada rawat jalan (4,85%) yang merupakan yang tertinggi dibandingkan unit lainnya. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan pengelolaan ketersediaan obat dan pelayanan farmasi guna menekan angka resep tidak terlayani pada periode berikutnya.

7. Instalasi Bedah Sentral (IBS)

Tabel 10. Data Operasi Elektif IBS pada Triwulan I Tahun 2026

No	Spesialisasi	Kategori Tindakan						Total
		Kecil	Sedang	Besar	Khusus	Canggih	Lain2	
1	Bedah Urologi	158	141	325	130	0	0	754
2	Bedah Plastik	22	94	200	76	40	0	432
3	Bedah Orthopedi	16	156	319	163	79	0	733
4	Bedah Syaraf	0	0	0	226	0	0	226
5	Bedah Digestif	0	132	236	92	59	0	519
6	Obsgyn	20	97	175	78	53	0	423
7	Mata	135	48	17	24	0	0	224
8	THT	0	80	126	47	0	0	253
9	Bedah Vaskuler & Thorax	46	68	158	69	9	0	350
10	Bedah Anak	0	0	146	43	0	0	189
11	Gigi dan Mulut	0	44	33	21	0	0	98
12	Bedah Onkologi	34	91	118	47	49	0	339
13	Lain-lain	0	0	0	0	0	225	225
	Jumlah	431	951	1.853	1.016	289	225	4.765

Berdasarkan data tersebut, total tindakan operasi tercatat sebanyak 4.765 kasus, dengan distribusi terbesar pada kategori tindakan besar (1.853 kasus), diikuti tindakan khusus (1.016 kasus) dan sedang (951 kasus). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar tindakan yang dilakukan merupakan prosedur dengan tingkat kompleksitas menengah hingga tinggi.

Berdasarkan spesialisasi, kontribusi tindakan terbesar berasal dari Bedah Urologi (754 kasus) dan Bedah Orthopedi (733 kasus), diikuti oleh Bedah Digestif (519 kasus). Sementara itu, beberapa spesialisasi seperti Bedah Syaraf dan Bedah Anak didominasi oleh tindakan kategori khusus dan besar. Secara umum, komposisi ini mencerminkan tingginya kapasitas layanan bedah untuk menangani kasus-kasus kompleks, meskipun tetap diperlukan penguatan pada pemerataan beban layanan dan optimalisasi jenis tindakan tertentu.

Tabel 11. Data Operasi Cito IBS pada Triwulan I Tahun 2026

No	Spesialisasi	Triwulan I			
		Jan.	Feb.	Mar.	Jml.
1	Bedah Urologi	32	37	33	102
2	Bedah Plastik	36	24	46	106
3	Bedah Orthopedi	71	54	114	239
4	Bedah Syaraf	83	76	82	241
5	Bedah Digestif	31	31	28	90
6	Obsgyn	41	44	39	124
7	Mata	4	1	2	7
8	THT	26	15	18	59
9	Bedah Vaskuler & Thorax	9	21	17	47
10	Bedah Anak	12	6	14	32
11	Gigi dan Mulut	0	0	0	0
12	Bedah Onkologi	0	0	1	1
13	Lain-lain	7	10	8	25
	Jumlah	352	319	402	1.073

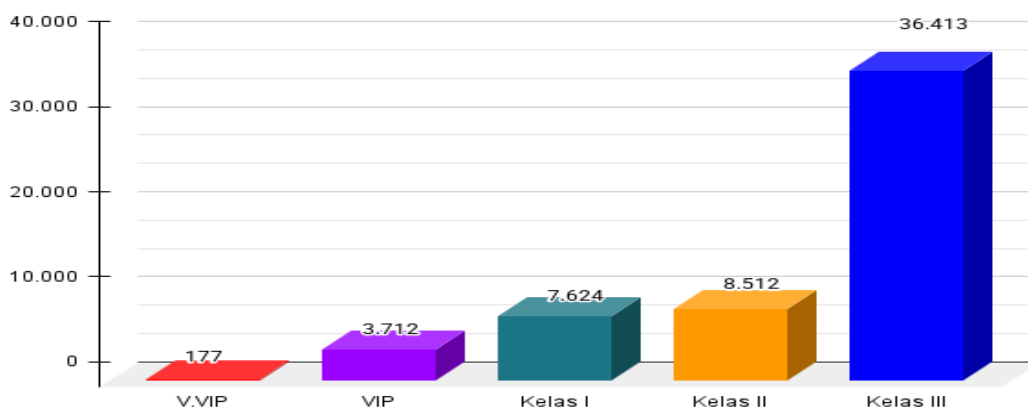
Pada Triwulan I, total tindakan operasi cito tercatat sebanyak 1.073 kasus, dengan tren bulanan yang menunjukkan penurunan dari Januari (352 kasus) ke Februari (319 kasus), kemudian meningkat signifikan pada Maret

(402 kasus). Pola ini mengindikasikan adanya fluktuasi kebutuhan tindakan darurat, dengan peningkatan kasus pada akhir triwulan yang perlu menjadi perhatian dalam kesiapan layanan.

Berdasarkan spesialisasi, tindakan cito didominasi oleh Bedah Syaraf (241 kasus) dan Bedah Orthopedi (239 kasus), yang mencerminkan tingginya kasus kegawatdaruratan pada kedua bidang tersebut. Disusul oleh Obsgyn (124 kasus) dan Bedah Plastik (106 kasus). Sementara itu, beberapa spesialisasi menunjukkan volume rendah hingga tidak ada tindakan, seperti Mata, Gigi dan Mulut, serta Bedah Onkologi. Secara umum, data ini menunjukkan bahwa layanan operasi cito terkonsentrasi pada spesialisasi tertentu, sehingga diperlukan kesiapan sumber daya yang optimal terutama pada layanan dengan beban kasus tertinggi.

8. Instalasi Gizi

Gambar 4. Jumlah Penyajian Makanan Pasien per Kelas pada Triwulan I Tahun 2026



Berdasarkan data tersebut, jumlah penyajian makanan pasien pada Triwulan I Tahun 2026 didominasi oleh Kelas III dengan total 36.413 porsi, jauh melampaui kelas lainnya. Kelas II dan Kelas I masing-masing mencatat 8.512 dan 7.624 porsi, menunjukkan kontribusi menengah. Sementara itu, layanan pada kelas VIP (3.712) dan VVIP (177) relatif kecil, mencerminkan proporsi pasien yang lebih sedikit pada segmen tersebut. Total penyajian makanan pasien selama triwulan I sebanyak 56.438 porsi.

9. Instalasi Rehabilitasi Medik

Tabel 12. Kunjungan Rehabilitasi Medik pada Triwulan I Tahun 2026

Uraian	Triwulan I			
	Jan.	Feb.	Mar	Jml.
Fisioterapi	1.793	1.672	1.636	5.101
Terapi Wicara	260	257	245	762
Okupasi Terapi	565	469	456	1.490
Sosial Medik	11	11	12	34
Ortotik Prostetik	42	33	44	119
Jumlah	2.671	2.442	2.393	7.506

Selama Triwulan I Tahun 2026, layanan Rehabilitasi Medik mencatat total 7.506 kunjungan, dengan kecenderungan penurunan jumlah kunjungan dari bulan ke bulan, yaitu Januari (2.671), Februari (2.442), dan Maret (2.393). Kondisi ini menunjukkan adanya penurunan pemanfaatan layanan secara bertahap sepanjang periode triwulan.

Dari jenis pelayanan, fisioterapi menjadi layanan yang paling banyak dimanfaatkan dengan 5.101 kunjungan, diikuti oleh okupasi terapi dan terapi wicara. Adapun layanan sosial medik dan ortotik prostetik tercatat memiliki jumlah kunjungan yang relatif terbatas.

10. Instalasi Sanitasi

Tabel 13. Pemantauan Kualitas Kesehatan Lingkungan Triwulan I tahun 2026

No.	Kegiatan	Target (%)	Rerata TW I
1	Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih	100	100,00
2	Pemeriksaan Mikrobiologi Air Minum	100	100,00
3	Pemeriksaan pH dan Suhu Air Bersih	100	100,00
4	Pemeriksaan Sisa Chlor	100	100,00
5	Pemeriksaan Usap Alat Makan	100	100,00
6	Pemeriksaan E.Coli Makanan	100	100,00
7	Pemeriksaan Usap Alat Medis	100	100,00
9	Pemeriksaan Suhu Ruang	100	79,34

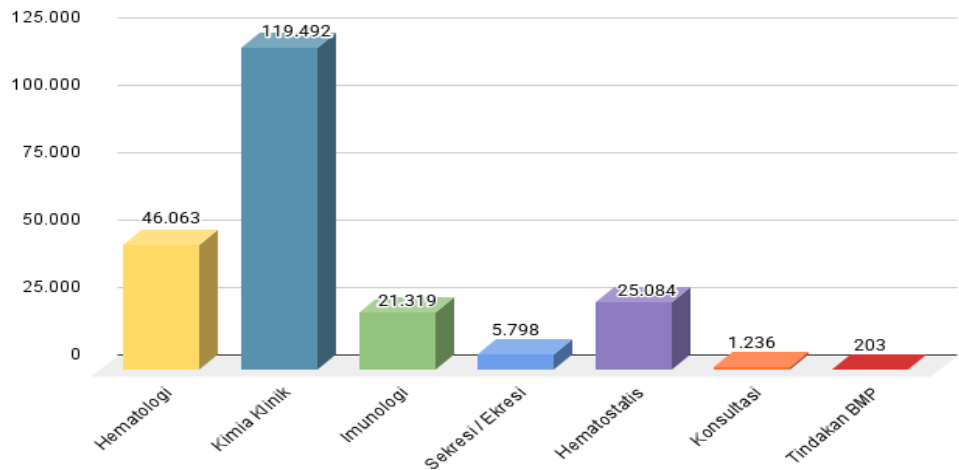
No.	Kegiatan	Target (%)	Rerata TW I
10	Pemeriksaan Kelembaban Ruang	90	41,39
11	Pemeriksaan Pencahayaan Ruang	90	86,41
12	Pemeriksaan Kebisingan Ruang	100	87,25
13	Pemeriksaan Kadar Debu	90	70,00
14	Pemeriksaan Angka Kuman Udara	90	71,66
15	Pemeriksaan Angka Kuman Lantai	90	97,44
16	Pemeriksaan Angka Kuman Dinding	100	100,00
17	Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit	100	100,00
18	Pengelolaan kualitas limbah cair	100	100,00
19	Pemantauan limbah padat medis tercampur limbah padat non medis	100	97,40
20	Pemantauan limbah padat non medis tercampur limbah padat medis	100	99,29
21	Kebersihan ruangan dan lingkungan rumah sakit	85	85,44

Berdasarkan data tersebut, sebagian besar indikator pemantauan kualitas kesehatan lingkungan pada Triwulan I Tahun 2026 telah mencapai atau melampaui target yang ditetapkan, khususnya pada aspek pemeriksaan mikrobiologi, kualitas air, sanitasi alat, serta pengelolaan limbah yang seluruhnya mencapai 100%. Hal ini menunjukkan bahwa pengendalian pada area kritis terkait keselamatan pasien dan pencegahan infeksi telah berjalan optimal dan konsisten sesuai standar.

Namun demikian, masih terdapat beberapa indikator yang belum memenuhi target, terutama pada parameter fisik lingkungan seperti kelembaban ruang (41,39%), suhu ruang (79,34%), pencahayaan (86,41%), kebisingan (87,25%), kadar debu (70,00%), serta angka kuman udara (71,66%). Kondisi ini mengindikasikan perlunya peningkatan pengendalian lingkungan melalui optimalisasi sistem ventilasi, pemeliharaan sarana prasarana, serta penguatan monitoring rutin. Upaya perbaikan ini penting untuk memastikan kenyamanan, keselamatan, dan mutu lingkungan rumah sakit secara menyeluruh.

11. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

Gambar 5. Pemeriksaan Lab. Patologi Klinik pada Triwulan I Tahun 2026



Berdasarkan data tersebut, volume pemeriksaan Laboratorium Patologi Klinik pada Triwulan I Tahun 2026 didominasi oleh pemeriksaan Kimia Klinik dengan total 119.492 tindakan, diikuti oleh Hematologi sebanyak 46.063 tindakan. Kelompok pemeriksaan lainnya seperti Hemostasis (25.084), Imunologi (21.319), dan Sekresi/Ekskresi (5.798) menunjukkan kontribusi menengah, sementara layanan konsultasi (1.236) dan tindakan BMP (203) relatif rendah.

Komposisi ini menunjukkan bahwa kebutuhan layanan laboratorium terutama bertumpu pada pemeriksaan rutin dan penunjang diagnosis dasar. Oleh karena itu, diperlukan penguatan kapasitas pada lini Kimia Klinik dan Hematologi, baik dari sisi sumber daya manusia, ketersediaan reagen, maupun keandalan alat. Di sisi lain, layanan dengan volume lebih rendah tetap perlu dioptimalkan melalui peningkatan pemanfaatan klinis dan integrasi layanan, guna mendukung mutu diagnostik serta efisiensi operasional secara keseluruhan.

12. Instalasi Mikrobiologi & Parasitologi Klinik

a. Pemeriksaan Laboratorium Mikrobiologi Klinik

Tabel 14. Pemeriksaan Lab. Mikrobiologi Klinik pada Triwulan I Tahun 2026

No	Kelompok	Sedang B	Besar B	Besar C	JML
1	Drec	3.669	0	0	3.669
	a. Gram	3.669	0	0	3.669
	b. Neisser/Difteri	0	0	0	0
2	Kultue	0	0	5.943	5.943
	a. Darah	0	0	2.525	2.525
	b. Urine	0	0	407	407
	c. Pus	0	0	1.179	1.179
	d. LCS	0	0	62	62
	e. Sekret	0	0	104	104
	f. Faeces	0	0	11	11
	g. Transudat	0	0	193	193
	h. Sputum	0	0	1.462	1.462
3	Kepekaan Kuman terhadap Antibiotik	0	0	3.267	3.267
4	Hitung Koloni kuman pada kultur urin	0	0	407	407
5	Khusus TB	112	80	0	192
	a. Zeel Nelsen	112	0	0	112
	b. Kultur BTA/TB	0	80	0	80
6	GeneXpert MTB/RIF	0	0	324	324
7	IGRA	0	0	27	27
	JML	3.781	80	9.968	13.829

Pada Triwulan I Tahun 2026, total pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik mencapai 13.829 pemeriksaan, dengan mayoritas pada kategori Besar C (72,1%), diikuti Sedang B (27,3%) dan Besar B (0,6%). Pemeriksaan didominasi oleh kultur (5.943) dan uji kepekaan antibiotik (3.267), yang menunjukkan fokus pelayanan pada diagnosis infeksi dan penentuan terapi yang tepat.

Selain itu, pemeriksaan langsung seperti pengecatan Gram tetap tinggi sebagai skrining awal. Pada pemeriksaan tuberkulosis, penggunaan metode cepat seperti GeneXpert (324) lebih tinggi dibanding kultur TB (80), menunjukkan kecenderungan pemanfaatan teknologi diagnostik yang lebih modern. Secara umum, data

mencerminkan tingginya beban kerja laboratorium serta peningkatan penggunaan pemeriksaan lanjutan.

b. Pemeriksaan Laboratorium Parasitologi & Mikologi Klinik

Tabel 15. Pemeriksaan Lab. Parasitologi & Mikologi pada Triwulan I Tahun 2026

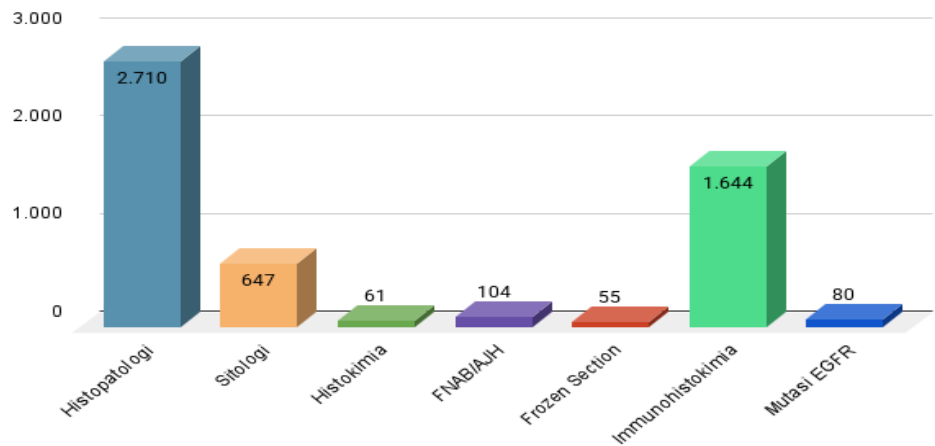
No	Jenis Pemeriksaan	Kategori			Jumlah
		Sedang B	Besar B	Besar C	
1	Feses Lengkap	178	0	0	178
2	Darah Samar / Benzidin Test	0	25	0	25
3	Malaria	0	1	0	1
4	Filaria	0	2	0	2
5	Jamur KOH	0	5	0	5
6	PCP	0	234	0	234
7	Kultur Jamur	0	0	231	231
8	Uji sensitivitas/ Kepekaan jamur terhadap Antimikotik	0	0	163	163
Jumlah		178	267	394	839

Pada Triwulan I Tahun 2026, pemeriksaan laboratorium parasitologi dan mikologi mencapai total 839 pemeriksaan, dengan distribusi kategori Besar C sebesar 47,0%, Besar B 31,8%, dan Sedang B 21,2%. Pemeriksaan didominasi oleh kultur jamur (231) serta uji kepekaan antimikotik (163), yang menunjukkan tingginya kebutuhan diagnosis infeksi jamur lanjutan dan penentuan terapi yang sesuai.

Selain itu, pemeriksaan PCP juga cukup tinggi (234), menandakan adanya perhatian terhadap infeksi oportunistik. Sementara itu, pemeriksaan dasar seperti feses lengkap (178) masih dilakukan sebagai skrining awal. Secara umum, data ini mencerminkan bahwa layanan tidak hanya berfokus pada pemeriksaan rutin, tetapi juga pada diagnostik lanjutan dengan kompleksitas yang lebih tinggi.

13. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

Gambar 6. Pemeriksaan Lab. Patologi Anatomi pada Triwulan I Tahun 2026



Pada Triwulan I Tahun 2026, pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi didominasi oleh pemeriksaan histopatologi dengan jumlah sebanyak 2.710 pemeriksaan. Pemeriksaan immunohistokimia menempati urutan kedua dengan 1.644 pemeriksaan, diikuti oleh sitologi sebanyak 647 pemeriksaan. Hal ini menunjukkan bahwa layanan utama masih berfokus pada pemeriksaan dasar jaringan serta didukung oleh pemeriksaan lanjutan untuk penegakan diagnosis yang lebih spesifik.

Sementara itu, pemeriksaan lain seperti FNAB sebanyak 104, mutasi EGFR sebanyak 80, histokimia sebanyak 61, dan frozen section sebanyak 55 pemeriksaan memiliki jumlah yang relatif lebih rendah. Rendahnya volume pada jenis pemeriksaan tersebut mencerminkan sifatnya yang lebih spesifik dan dilakukan berdasarkan indikasi tertentu, sehingga penggunaannya tidak sebanyak pemeriksaan rutin.

14. Kesehatan Ibu & Anak (KIA)

Tabel 16. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada Triwulan I Tahun 2026

No.	Uraian	Triwulan I			
		Jan	Feb	Mar	Jumlah
1.	Kelahiran Hidup	62	75	63	137
2.	Kelahiran Mati	6	3	3	9
3.	Bayi lahir hidup dg. BB < 2.000 gr	21	31	28	52

No.	Uraian	Triwulan I			
		Jan	Feb	Mar	Jumlah
4.	Bayi lahir hidup dg. BB >2.000 gr	41	41	35	82
5.	Persalinan scr Spontan	13	9	9	22
6.	Persalinan dengan VE	0	0	0	0
7.	Persalinan dengan SC	53	61	54	114
8.	Kematian ibu hamil	1	0	0	1
9.	Kematian ibu bersalin	0	0	0	0
10.	Kematian bayi < 7 hr lahir di RS	0	0	0	0
11.	Kematian bayi (IUFD)	7	3	3	10

Pelayanan KIA pada Triwulan I Tahun 2026 mencatat 137 kelahiran hidup dan 9 kelahiran mati. Sebagian besar bayi lahir dengan berat >2.000 gram (82 bayi), namun masih terdapat 52 bayi dengan berat <2.000 gram yang memerlukan perhatian dalam pemantauan kehamilan risiko tinggi.

Persalinan didominasi tindakan sectio caesarea (114 kasus) dibandingkan spontan (22 kasus). Terdapat 1 kematian ibu hamil dan tidak ada kematian ibu bersalin maupun bayi <7 hari, namun tercatat 10 kasus IUFD yang perlu evaluasi lebih lanjut.

15. Klinik Psikologi Terpadu

Tabel 17. Data Kunjungan Klinik Psikologi Terpadu pada Triwulan I Tahun 2026

Bulan	Jumlah pasien	Status Pasien			
		Rajal	Ranap	Datang Sendiri	Rujukan
Jan.	42	3	3	36	6
Feb.	37	0	4	33	4
Mar.	38	2	3	33	5
Jml. TW. I	117	5	10	102	15

Pada Triwulan I Tahun 2026, Klinik Psikologi Terpadu mencatat total 117 kunjungan pasien, dengan jumlah kunjungan bulanan relatif stabil, yaitu Januari (42 pasien), Februari (37 pasien), dan Maret (38 pasien). Secara umum, tidak terdapat fluktuasi yang signifikan antar bulan, meskipun terjadi sedikit penurunan pada Februari dan kembali stabil pada Maret.

Berdasarkan status pasien, sebagian besar kunjungan berasal dari pasien datang sendiri (102 pasien), sedangkan pasien rujukan tercatat sebanyak 15 pasien. Jika dilihat dari jenis pelayanan, mayoritas pasien merupakan rawat jalan, sementara rawat inap hanya berkontribusi kecil. Kondisi ini menunjukkan bahwa layanan psikologi lebih banyak dimanfaatkan secara mandiri oleh pasien, sehingga upaya peningkatan jejaring rujukan masih dapat diperkuat.

16. Medical Check Up

Tabel 18. Data Kunjungan Medical Check Up pada Triwulan I Tahun 2026

Bulan	Kunjungan			Jenis Kelamin		Cara Bayar	
	Baru	Lama	Jumlah	Laki2	Perempuan	Umum	Askes
Jan.	111	32	143	47	96	140	0
Feb.	112	67	179	92	87	174	0
Mar.	56	83	139	77	62	132	0
Jml. TW I	279	182	461	216	245	446	0

Pada Triwulan I Tahun 2026, jumlah kunjungan Medical Check Up (MCU) pada Triwulan I Tahun 2026, tercatat total 461 kunjungan dengan 279 pasien baru dan 182 pasien lama. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi pada bulan Februari sebanyak 179 kunjungan. Berdasarkan jenis kelamin, pasien perempuan lebih banyak yaitu 245 kunjungan dibanding laki-laki sebanyak 216 kunjungan.

Seluruh layanan MCU didominasi oleh pasien dengan pembayaran umum sebanyak 446 kunjungan, sementara tidak terdapat kunjungan dengan pembiayaan Askes. Hal ini menunjukkan bahwa layanan medical check up lebih banyak dimanfaatkan untuk kebutuhan pemeriksaan kesehatan mandiri, skrining kesehatan, maupun persyaratan administrasi tertentu.

Secara keseluruhan, data kunjungan MCU menunjukkan bahwa kebutuhan masyarakat terhadap layanan pemeriksaan kesehatan berkala cukup baik. Oleh karena itu, pelayanan MCU perlu terus ditingkatkan melalui optimalisasi fasilitas, kecepatan layanan, dan pengembangan paket pemeriksaan kesehatan yang sesuai kebutuhan masyarakat.

B. Kinerja Keuangan

1. Penyerapan Anggaran

Jumlah target fisik sampai dengan triwulan I adalah sebesar 19,91%, realisasi fisik 27,50%, berdeviasi 7,60%, realisasi belanja dana APBD sampai dengan triwulan I sebesar Rp.335.922.280.233,00 atau 26,80%. Realisasi pelaksanaan APBD seperti pada tabel berikut :

**Tabel 19. Perkembangan Pelaksanaan APBD Provinsi Jawa Tengah
pada Triwulan I Tahun 2026**

NO	URAIAN	ANGGARAN (Rp)	TARGET FISIK (%)	REALISASI FISIK (%)	DEVIASI FISIK (%)	REALISASI KEUANGAN	
						Rp.	%
	RSUD Dr. Moewardi	1.253.600.228.000	19,91	27,50	7,60	335.922.280.233	26,80
1	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	1.253.600.228.000	19,91	27,50	7,60	335.922.280.233	26,80
	1.1 Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	93.200.228.000	66,66	66,66	0,00	53.440.129.869	57,34
	1.1.1 Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	93.200.228.000	66,66	66,66	0,00	53.440.129.869	57,34
	1.2 Peningkatan Pelayanan BLUD	1.160.400.000.000	16,15	24,36	8,21	282.482.150.364	24,34
	1.2.1 Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	1.160.400.000.000	16,15	24,36	8,21	282.482.150.364	24,34

2. Pendapatan

Tabel 20. Target dan Realisasi Pendapatan BLUD pada Triwulan I Tahun 2026

Keterangan	Target Tahun 2026	Realisasi TW. I	% Capaian TW. I
Pendapatan BLUD	1.160.400.000.000	336.696.985.613	29,02
Pendapatan Asli Daerah (PAD)	1.160.400.000.000	336.696.985.613	29,02
Retribusi Daerah	1.148.890.000.000	335.414.963.864	29,19
Retribusi Jasa Umum	1.148.890.000.000	335.414.963.864	29,19
Retribusi Pelayanan Kesehatan	1.148.890.000.000	335.414.963.864	29,19
Retribusi Pelayanan Kesehatan di RSUD	1.148.890.000.000	335.414.963.864	29,19
RSUD Dr. Moewardi - Sekretariat ***	1.148.890.000.000	335.414.963.864	29,19
Gawat Darurat	825.000.000	189.124.763	22,92
Rawat Jalan	18.000.000.000	4.389.929.557	24,39
Rawat Inap	17.550.000.000	1.103.275.874	6,29
Rawat Intensif	925.000.000	206.063.185	22,28
Bedah Sentral	7.750.000.000	1.700.206.647	21,94
Laboratorium Patologi Klinik	3.750.000.000	898.518.557	23,96
Laboratorium PA	250.000.000	76.102.501	30,44
Radiologi	2.000.000.000	528.433.880	26,42
Radioterapi	125.000.000	20.365.743	16,29
Rehabilitasi Medik	85.000.000	20.180.717	23,74
Ked. Forensik Dan Medicolegal	100.000.000	18.045.704	18,05
Farmasi	12.250.000.000	3.136.196.438	25,60
Sanitasi	195.000.000	46.732.914	23,97
Gizi	150.000.000	167.993.439	112,00
Ginjal Hipertensi	100.000.000	14.184.823	14,18
Ambulance/ Kendaraan	850.000.000	248.627.893	29,25
Home Visit	2.000.000	814.875	40,74
Pembayaran dengan Jaminan : BPJS/ Jamkesmas/Askes	1.053.683.000.000	311.181.413.597	29,53
Pembayaran dengan Jaminan : Non BPJS/ KS/Jamkesda	14.000.000.000	7.418.887.257	52,99
MCU	1.800.000.000	3.471.000	0,19
Pendapatan Diklat	14.500.000.000	4.046.394.500	27,91
Lain-Lain PAD Yang Sah	11.510.000.000	1.282.021.749	11,14
Pendapatan BLUD	11.510.000.000	1.282.021.749	11,14
Pendapatan BLUD dari Jasa Layanan	3.260.000.000	351.417.052	10,78
RSUD Dr. Moewardi - Sekretariat ***	3.260.000.000	351.417.052	10,78
Pendapatan Lain-Lain (Pihak-3, DII)	2.260.000.000	83.981.937	3,72
Sewa/Pemakaian Kekayaan Daerah (PKD)	1.000.000.000	267.435.115	26,74
A. Sewa Rumah Dinas	15.000.000	3.470.000	23,13
B. Sewa Ruang / Aula	335.000.000	144.265.250	43,06

Keterangan	Target Tahun 2026	Realisasi TW. I	% Capaian TW. I
C. Sewa Kantin	170.000.000	52.101.033	30,65
D. Sewa Lahan Parkir	480.000.000	67.598.832	14,08
Pendapatan BLUD dari Lain2 Pendapatan BLUD Yang Sah	8.250.000.000	930.604.697	11,28
Pendapatan BLUD dari Jasa Giro	750.000.000	548.001.958	73,07
Jasa Giro	750.000.000	548.001.958	73,07
Pendapatan BLUD dari Pendapatan Bunga	7.500.000.000	382.602.739	5,10
Penerimaan Bunga	7.500.000.000	382.602.739	5,10
	1.160.400.000.000	336.696.985.613	29,02

Berdasarkan Tabel 20, realisasi Pendapatan BLUD pada Triwulan I Tahun 2026 mencapai Rp336.696.985.613 atau sebesar 29,02% dari target tahunan sebesar Rp1.160.400.000.000. Capaian tersebut menunjukkan bahwa secara umum capaian masih sesuai dengan proyeksi awal tahun, meskipun terdapat beberapa jenis layanan yang capaian realisasinya masih rendah dan memerlukan perhatian lebih lanjut.

Kontribusi terbesar terhadap pendapatan berasal dari Retribusi Pelayanan Kesehatan di RSUD yang terealisasi sebesar Rp335.414.963.864 atau 29,19% dari target. Pendapatan terbesar masih didominasi oleh pembayaran dengan jaminan BPJS/Jamkesmas/Askes sebesar Rp311.181.413.597 atau 29,53% dari target, yang menunjukkan bahwa layanan rumah sakit masih sangat bergantung pada pembiayaan berbasis jaminan kesehatan nasional.

Berdasarkan unit layanan, beberapa layanan telah menunjukkan capaian yang cukup baik, seperti Ambulance/Kendaraan sebesar 29,25%, Laboratorium PA sebesar 30,44%, serta Radiologi sebesar 26,42%. Bahkan layanan Gizi telah melampaui target triwulan dengan capaian sebesar 112,00%, yang menunjukkan tingginya utilisasi layanan dibandingkan target yang ditetapkan.

Di sisi lain, terdapat beberapa unit layanan dengan capaian yang masih rendah, antara lain Rawat Inap sebesar 6,29%, MCU sebesar 0,19%, Radioterapi sebesar 16,29%, serta Ginjal Hipertensi sebesar 14,18%. Rendahnya capaian tersebut dapat dipengaruhi oleh belum optimalnya

volume pelayanan, keterbatasan utilisasi fasilitas, maupun faktor pola kunjungan pasien selama triwulan pertama.

Pada komponen Pendapatan Diklat, realisasi mencapai Rp4.046.394.500 atau 27,91% dari target, sedangkan Pendapatan BLUD dari jasa layanan lainnya baru mencapai 10,78%. Adapun Pendapatan BLUD dari jasa giro menunjukkan capaian yang cukup tinggi, yaitu sebesar 73,07%, sementara pendapatan bunga masih relatif rendah pada angka 5,10%.

Secara keseluruhan, realisasi pendapatan pada Triwulan I Tahun 2026 menunjukkan kinerja yang cukup baik karena telah mencapai hampir sepertiga dari target tahunan. Namun demikian, diperlukan upaya optimalisasi pada unit-unit layanan dengan capaian rendah melalui peningkatan utilisasi layanan, penguatan strategi pemasaran layanan unggulan, peningkatan mutu pelayanan, serta evaluasi terhadap target pendapatan agar lebih realistis dan sesuai dengan potensi layanan rumah sakit.

3. Cost Recovery

Tabel 21. Cost Recovery BLUD pada Triwulan I Tahun 2026

Bulan	Penerimaan	Pengeluaran	% Cost Recovery
Saldo Awal	165.595.192.433		
Januari	105.426.335.110	99.700.617.750	105,74
Februari	113.239.569.518	93.123.575.622	121,60
Maret	118.031.080.985	89.657.956.992	131,65
Jml. TW I	502.292.178.046	282.482.150.364	177,81

Cost recovery pendapatan BLUD termasuk SILPA terhadap pengeluaran BLUD periode Maret 2026 adalah sebesar 177,81%. Cost recovery menunjukkan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi terdapat surplus sebesar 77,81%.

**Tabel 22. Cost Recovery Rate Total
pada Triwulan I Tahun 2026**

Bulan	Penerimaan	Pengeluaran	% Cost Recovery
Saldo Awal	165.595.192.433		
Januari	105.426.335.110	112.837.515.956	93,43
Februari	113.239.569.518	106.269.900.472	106,56
Maret	118.031.080.985	116.814.863.795	101,04
Jml. TW I	502.292.178.046	335.922.280.223	149,53

Cost recovery pendapatan BLUD termasuk SILPA terhadap pengeluaran SKPD & BLUD periode Maret 2026 adalah sebesar 149,53%. Cost recovery menunjukkan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi mengalami surplus sebesar 49,53%.

C. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pada Triwulan I ini ada 130 Indikator yang diukur. Berdasarkan hasil rekapitulasi laporan dari Bagian/Bidang/Unit terdapat 111 indikator (85,38%) yang memenuhi standar dan masih ada 19 indikator (14,62%) yang belum memenuhi standar dari 130 indikator. Hasil capaian secara keseluruhan seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 23. Hasil Capaian SPM Triwulan I Tahun 2026

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.	
1	Gawat Darurat	1	a	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1 tahun	100%	100%	MS
		2	b	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam	1 tahun	100%	24 jam	MS
		3	c	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/ PPGD/ GELS/ ALS)	1 tahun	100%	100,00%	MS
		4	d	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tahun	1 TIM	1 TIM	MS
		5	e	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	1 tahun	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	2,86	MS
		6	f	Kepuasan Pelanggan	1 tahun	≥ 70%	85,08%	MS
		7	g	Kematian pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat	5 tahun	≤ 2 ‰ (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	18,09	BMS
		8	h	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	1 tahun	100%	100,00%	MS
2	Rawat Jalan	1	a	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1 tahun	100%	100,00%	MS
		2	b	Ketersediaan pelayanan sesuai dengan rumah sakit kelas A	1 tahun	Klinik : anak, penyakit dalam, kebidanan, , bedah, jantung, paru, anestesi, syaraf, kulit kelamin, jiwa, rehab medik, gigi, VCT, Nyeri, THT, Radioterapi, Geriatri, Mata, Pojok DOTS, Akupunktur, Medical Check Up, Infertilitas, Paviliun	100,00%	MS
		3	c	Jam buka pelayanan	1 tahun	a. Senin s.d Kamis (08.00 s.d 14.00) b. Jumat (08.00 s.d 11.00)	100,00%	MS
		4	d	Waktu tunggu di rawat jalan	1 tahun	≤ 60 menit	52,14	MS
		5	e	Kepuasan Pelanggan	1 tahun	≥ 90%	92,33%	MS
		6	f	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	1 tahun	≥60%	100,00%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.
			g Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	1 tahun	≥60%	100,00%	MS
		7	h Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	1 tahun	100%	100,00%	MS
3	Rawat Inap	1	a Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1 tahun	Dokter Spesialis, Perawat minimal pendidikan D3	100,00%	MS
		2	b Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	1 tahun	100%	100,00%	MS
		3	c Ketersediaan pelayanan rawat inap	1 tahun	Anak, jiwa, obsgyn, rehab medik, penyakit dalam, bedah, syaraf, gigi & mulut, mata, jantung, paru, kulit kelamin, THT, radioterapi, anestesi	100,00%	MS
		4	d Jam visite dokter spesialis	1 tahun	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	86,89%	BMS
		5	e Kejadian infeksi pasca operasi	1 tahun	≤ 1,5 %	0,00%	MS
		6	f Kejadian Infeksi Nosokomial	2 tahun	≤ 1,5 %	0,39%	MS
		7	g Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	1 tahun	100%	100,00%	MS
		8	h Kematian pasien > 48 jam	5 tahun	≤ 0,24 %	2,10%	BMS
		9	i Kejadian pulang paksa	1 tahun	≤ 5 %	0,04%	MS
		10	j Kepuasan pelanggan	1 tahun	≥ 90 %	91,72%	MS
		11	k Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	1 tahun	≥ 60 %	100,00%	MS
		12	l Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	1 tahun	≥ 60 %	100,00%	MS
4	Bedah Sentral	1	a Waktu tunggu operasi elektif	5 tahun	≤ 2 hari	1,00	MS
	(Bedah saja)	2	b Kejadian Kematian di meja operasi	1 tahun	≤ 1 %	0,00%	MS
		3	c Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	1 tahun	100%	100,00%	MS
		4	d Tidak adanya kejadian operasi salah orang	1 tahun	100%	100,00%	MS
		5	e Tidak adanya kejadian salah tindakan	1 tahun	100%	100,00%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.	
			pada operasi					
		6	f	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	1 tahun	100%	100,00%	MS
		7	g	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.	1 tahun	≤ 6 %	0,00%	MS
5	Persalinan, Perinatologi dan KB	1	a	Kejadian kematian ibu karena persalinan	2 tahun	Pendarahan ≤ 1%	0,00%	MS
						pre-eklampsia ≤ 30%	0,00%	MS
						Sepsis ≤ 0,2 %	0,00%	MS
		2	b	Pemberi pelayanan persalinan normal	2 tahun	Dokter Sp. OG, Dokter Umum terlatih (asuhan persalinan normal), Bidan	100,00%	MS
		3	c	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	2 tahun	Tim PONEK yang terlatih	100,00%	MS
		4	d	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	2 tahun	Dokter Sp. OG, Dokter Sp. A, Dokter Sp. An	100,00%	MS
		5	e	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	4 tahun	100%	86,63%	BMS
		6	f	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	4 tahun	≤ 20 %	27,45%	BMS
		7	g	Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih	2 tahun	100%	100,00%	MS
		8	h	Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	2 tahun	100%	100,00%	MS
		9	i	Kepuasan Pelanggan	2 tahun	≥ 80 %	93,86%	MS
6	Intensif	1	a	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1 tahun	≤ 3 %	0,36%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.	
		2	b	Pemberi pelayanan Unit Intensif	1 tahun	100%	88,90%	BMS
7	Radiologi	1	a	Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks	2 tahun	≤ 3 jam	2,14	MS
		2	b	Pelaksana ekspertisi	1 tahun	Dokter Sp.Rad	100,00%	MS
		3	c	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	2 tahun	Kerusakan Foto≤2%	0,00%	MS
		4	d	Kepuasan pelanggan	1 tahun	≥ 80 %	80,00%	MS
8	1. Laboratorium Patologi Klinik	1	a	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1 tahun	≤ 140 menit	75,33	MS
		2	c	Pelaksana ekspertisi	1 tahun	Dokter Sp.PK	100,00%	MS
		3	d	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	1 tahun	100%	100,00%	MS
		4		Kepuasan pelanggan	5 tahun	≥ 80 %	91,35%	MS
	2. Laboratorium Patologi Anatomi	1	a	Waktu tunggu hasil pelayanan di instalasi Patologi Anatomi	3 tahun	100%	99,77%	BMS
		2	b	Pelaksana Ekspertisi dokter Sp. PA	1 tahun	100%	100,00%	MS
		3	c	Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan PA	1 tahun	100%	100,00%	MS
		4	d	Kualitas slide dengan pewarnaan HE	3 tahun	≥ 90 %	100,00%	MS
	3. Laboratorium Mikrobiologi Klinik	1	a	Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Mikrobiologi Klinik	1 tahun	100%	100,00%	MS
		2	b	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan mikroskopis maksimal 1x24 jam	1 tahun	100%	100,00%	MS
		3	c	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi kultur dan uji kepekaan untuk semua jenis spesimen (selain darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion)	1 tahun	100%	100,00%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.
			maksimal 5x24 jam				
		4	d Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi untuk kultur dan uji kepekaan terhadap darah, cairan pleura, cairan pericardial, cairan peritonium, cairan serebrospinal, dan cairan amnion maksimal 7x24 jam	1 tahun	100%	100,00%	MS
		5	e Prevalensi kepositifan hasil kultur darah untuk bakteriologi	1 tahun	≥ 30 %	37,00%	MS
		6	f Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium parasitologi dan mikologi klinik pada pemeriksaan langsung (non kultur ≤ 24 jam)	1 tahun	100%	100,00%	MS
		7	g Waktu tunggu hasil pelayanan parasitologi dan mikologi klinik melalui pemeriksaan kultur dan uji kepekaan maksimal 5x24 jam	1 tahun	100%	100,00%	MS
9	Rehabilitasi Medik	1	a Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1 tahun	≤ 50 %	8,71%	MS
		2	b Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2 tahun	100%	100,00%	MS
		3	c Kepuasan Pelanggan	2 tahun	≥ 80 %	97,28%	MS
10	Pelayanan Farmasi	1	a Waktu tunggu pelayanan obat jadi	3 tahun	≤ 30 menit	52,33	BMS
		2	b Waktu tunggu pelayanan racikan	3 tahun	≤ 60 menit	69,33	BMS
		3	c Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	3 tahun	100%	99,99%	BMS
		4	d Kepuasan Pelanggan	3 tahun	≥ 80 %	76,37%	BMS
		5	e Penulisan Resep sesuai formularium	3 tahun	100%	100,00%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.
11	Gizi	1	a Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1 tahun	≥ 90 %	100,00%	MS
		2	b Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	1 tahun	≤ 20%	20,50%	BMS
		3	c Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1 tahun	100%	100,00%	MS
12	Transfusi Darah	1	a Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	2 tahun	100 % terpenuhi	100,00%	MS
		2	b Kejadian Reaksi transfusi	2 tahun	≤ 0,01 %	0,01%	MS
13	Pelayanan GAKIN	1	a Pelayanan terhadap pasien BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	1 tahun	100 % terlayani	100,00%	MS
14	Rekam Medik	1	a Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	5 tahun	100%	65,67%	BMS
		2	b Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	3 tahun	100%	86,25%	BMS
		3	c Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	2 tahun	≤ 10 menit	0,00	MS
		4	d Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	2 tahun	≤ 15 menit	0,00	MS
15	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair				
			a BOD	2 tahun	100%	100,00%	MS
			b COD	2 tahun	100%	100,00%	MS
			c TSS	2 tahun	100%	100,00%	MS
			d PH	2 tahun	100%	100,00%	MS
			e Mikrobiologi	2 tahun	100%	100,00%	MS
		2	f Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2 tahun	100%	100,00%	MS
16	Administrasi & Manajemen	1	a Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1 tahun	100%	100,00%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.
		2	b Waktu penyelesaian keluhan pelanggan ≤3 hari	2 tahun	100%	100,00%	MS
		3	c Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	1 tahun	100%	Evaluasi Akhir Tahun	
		4	d Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	1 tahun	100%	Evaluasi Akhir Tahun	
		5	e Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	1 tahun	100%	Evaluasi Akhir Tahun	
		6	f Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	3 tahun	≥ 65 %	Evaluasi Akhir Tahun	
		7	g Cost recovery meningkat	1 tahun	≥ 80 %	119,66%	MS
		8	h Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	1 tahun	100%	100,00%	MS
		9	i Kecepatan waktu verifikasi pembayaran maksimal 2 hari	1 tahun	100%	100,00%	MS
		10	j Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban BLUD maksimal 1 hari	1 tahun	100%	100,00%	MS
		11	k Kecepatan waktu verifikasi laporan pertanggungjawaban SKPD maksimal 1 hari	1 tahun	100%	100,00%	MS
		12	l Kecepatan waktu verifikasi SPP (Surat Permintaan Pembayaran) maksimal 60 menit	1 tahun	100%	100,00%	MS
		13	m Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	2 tahun	≤ 2 jam	2,00	MS
		14	n Kecepatan waktu penyelesaian pembayaran pelayanan rawat inap	2 tahun	≤ 15 menit	15,00	MS
		15	o Kecepatan waktu penagihan piutang biaya pelayanan kepada pihak ketiga	2 tahun	≤ 15 menit	15,00	MS
		16	p Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1 tahun	100%	Evaluasi Semesteran	

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.
		17	q Ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	92,99%	MS
		18	r Ketepatan waktu pembayaran Ganti Uang (GU) pengadaan barang/jasa anggaran SKPD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100,00%	MS
		19	s Ketepatan waktu pembuatan kelengkapan pengajuan kredit bank bagi pegawai Negeri Sipil maksimal 3 hari	1 tahun	≥90%	100,00%	MS
		20	t Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100,00%	MS
		21	u Ketepatan waktu pembuatan rincian Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP) Pegawai Negeri Sipil maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100,00%	MS
		22	v Ketepatan waktu pembuatan rincian Jasa Pelayanan maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	100,00%	MS
		23	w Ketepatan waktu pembuatan rincian gaji tenaga harian BLUD maksimal 2 hari.	1 tahun	≥90%	100,00%	MS
		24	x Ketepatan waktu penyusunan anggaran kebutuhan seluruh unit kerja	1 tahun	100%	Evaluasi Semesteran	
17	Ambulance / Kereta Jenazah	1	a Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	1 tahun	24 jam	24 jam	MS
		2	b Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di rumah sakit	2 tahun	100%	97,07%	BMS
		3	c Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	1 tahun	≥ 80 %	97,07%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.
18	Pemulasaraan Jenazah	1	a Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	1 tahun	≤ 2 Jam	0,98	MS
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	1	a Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	2 tahun	≥ 80 %	78,86%	BMS
		2	b Ketepatan waktu pemeliharaan alat	3 tahun	100%	100,00%	MS
		3	c Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	2 tahun	100%	100,00%	MS
20	a. Pelayanan Laundry	1	a Tidak adanya kejadian linen yang hilang	5 tahun	100%	100,00%	MS
		2	b Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	5 tahun	100%	92,24%	BMS
	b. Pelayanan CSSD	1	a Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan lain	5 tahun	100%	100,00%	MS
		2	b Ketepatan waktu sterilisasi bahan dan alat	5 tahun	100%	97,48%	BMS
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1	a Ada anggota Tim PPI yang terlatih	5 tahun	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	100,00%	MS
		2	b Tersedia APD disetiap Instalasi	1 tahun	75%	100,00%	MS
		3	c Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAIs (Health Care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter)	1 tahun	75%	100,00%	MS
22	Instalasi Ginjal Hipertensi	1	a Pemberi pelayanan dialisis yang bersertifikat Hemodialisis	1 tahun	≥ 80 %	100,00%	MS
		2	b Kepuasan pelanggan ruang dialisis	1 tahun	≥ 80 %	94,11%	MS
23	Instalasi Pengelolaan Asset Tetap	1	a Ketepatan Pelaporan mutasi aset tetap	2 tahun	≥ 90%	100,00%	MS
		2	b Ketertiban Inventarisasi asset di setiap Ruang (KIR)	2 tahun	≥ 90%	100,00%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW I	Ket.
24	Instalasi Pengelola Data Elektronik	1	a <i>Response time</i> pelayanan pemeliharaan perlengkapan computer instalasi pengelola data elektronik kurang dari 30 menit	1 tahun	≥ 85 %	98,81%	MS
25	Pelayanan Radioterapi	1	a Overall Treatment Time (OTT)	2 tahun	≥ 95 %	95,44%	MS
		2	b Interval waktu Brakhiterapi	2 tahun	100%	98,67%	BMS

Keterangan :

MS : Memenuhi Standar

BMS : Belum Memenuhi Standar

Sedangkan resume hasil capaian indikator yang belum memenuhi standar tersebut sesuai lingkup bidangnya adalah sebagai berikut :

1. Lingkup Pelayanan

a. Pelayanan Gawat Darurat

Indikator kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat masih belum memenuhi standar $\leq 2\%$ yaitu sebesar 18,09%. Hal ini disebabkan karena RSUD merupakan pusat rujukan trauma dan cardiac serta penyakit lainnya sehingga pasien yang dibawa ke IGD sudah dalam tingkat keparahan tinggi.

b. Pelayanan Rawat Inap

1) Indikator Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator ini baru mencapai 86,96% yang seharusnya memberikan pelayanan mulai pukul 08.00 sd. pk.14.00 WIB setiap hari kerja akan tetapi masih ada visite dokter tidak sesuai jadwal jam kerja tersebut.

2) Indikator kematian pasien > 48 jam

Belum tercapai sesuai standar $< 0,24\%$ yaitu tercapai 2,10% hal ini dikarenakan pasien - pasien yang dirawat merupakan pasien dengan multi kasus dan sebagian besar masuk dalam kondisi sudah buruk / end stage / terminal, dan respon time PPDS kurang cepat dalam menindaklanjuti kondisi emergensi pasien.

c. Pelayanan Persalinan, Perinatologi, dan KB

Ada 2 (dua) Indikator yang belum memenuhi standar pada pelayanan ini yaitu:

1) Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Indikator ini belum tercapai 100% (86,63%) dengan analisa kondisi ibu dengan rujukan, dengan riwayat yang tidak diketahui dan riwayat pemeriksaan Antenatal kurang baik, dengan penyakit penyerta yang akut maupun kronik. Pasien BBLR memiliki usia gestasi yang masih imatur sehingga pematangan organ juga masih imatur hal ini menyebabkan kesiapan organ belum mampu untuk beradaptasi dengan lingkungan extrauteri serta kondisi klinis pasien yang kompleks (gangguan nafas berat, sepsis, gangguan multi organ, kelainan kongenital).

2) Pertolongan Persalinan melalui Sectio Cesaria

Standar indikator ini adalah $\leq 20\%$ dan capaiannya belum memenuhi standar yaitu 27,45%. Hal ini karena kasus rujukan sudah tidak bisa lahir pervaginam/ normal dan juga kasus-kasus yang emergency yang perlu tindakan segera. RSUD Dr. Moewardi sebagai salah satu pusat rujukan kasus plasenta akreta, juga menambah angka tindakan sectio cesaria.

d. Pelayanan Intensif

Dalam pelayanan intensif ini standar yang harus dipenuhi adalah Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara D4 tetapi masih ada perawat yang belum memenuhi standar tersebut. Dari target 100% baru terpenuhi 88,90%.

e. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

Indikator SPM Waktu tunggu hasil pelayanan di Instalasi Patologi Anatomi. Capaian indikator ini 99,77% dari target 100%. Penyebabnya adalah karena ada sampel yang memerlukan perlakuan istimewa atau adanya pengulangan pemotongan untuk mendapat kepastian diagnosa secara makroskopis.

f. Pelayanan Farmasi

1) Waktu tunggu pelayanan obat jadi dengan hasil capaian 52,33 menit dari target ≤ 30 menit dan Waktu tunggu pelayanan obat racikan dengan hasil capaian 69,33 menit dari target ≤ 60 menit. Hal ini dikarenakan terjadi perubahan pengukuran waktu tunggu dari sebelumnya dimulai saat petugas farmasi validasi resep menjadi saat pasien/keluarga check in di Farmasi. Perpanjangan waktu tunggu terjadi karena adanya proses verifikasi resep yang menjadi tambahan waktu tunggu yang dihitung.

2) Indikator Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat belum mencapai target 100% (99,99%). Adapun penyebab kesalahan yaitu pengembalian obat ke tempat penyimpanan kurang memperhatikan obat LASA, kurang ketelitian petugas dalam pembacaan resep, kurang ketelitian petugas saat pengambilan obat serta kurang ketelitian petugas saat melakukan serah terima obat

3) Kepuasan Pelanggan masih mencapai 76,37% dari standar $\geq 80\%$ yang disebabkan antara lain karena waktu tunggu lama, suasana yang terlalu ramai dan tidak kondusif, serta sistem antrean yang dianggap tidak tertib karena nomor sering terlewat atau dipanggil tidak sesuai urutan, kurangnya kejelasan informasi mengenai estimasi waktu tunggu, adanya kesan lempar tanggung jawab antar petugas, serta sikap pelayanan yang kurang ramah. Selain itu, perubahan sistem dan tampilan layar antrean yang diterapkan belum menunjukkan perbaikan, bahkan dinilai memperburuk pelayanan.

g. Pelayanan Gizi

Indikator Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien. Standar yang harus dicapai pada indikator ini adalah $\leq 20\%$ tetapi realisasi capaiannya 20,50% yang disebabkan karena cita rasa, penampilan, variasi makanan kurang menarik, dan kondisi pasien pasca operasi pasien belum mampu menghabiskan makanan yang disajikan.

h. Pelayanan Rekam Medik

1) Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam setelah Selesai Pelayanan. Target capaian SPM indikator ini adalah 100% tetapi hanya tercapai 65,67%. Analisa penyebabnya adalah dokter tidak konsisten dalam mendokumentasikan bukti pelayanan, sehingga diperlukan evaluasi terus menerus kepada pemberi pelayanan dalam mendokumentasikan bukti pelayanan.

2) Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan Informasi yang Jelas. Masih mencapai 86,25% dari target 100% dengan analisa bahwa diperlukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan serta kelengkapan isi dokumen rekam medis serta sosialisasi pengisian dokumen rekam medis.

i. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Indikator Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di rumah sakit belum memenuhi target yaitu tercapai 97,07% dari target 100%. Hal ini dikarenakan jumlah permintaan pasien pulang maupun antrian jenazah banyak sedangkan driver ambulance masih mengantarkan pasien sebelumnya.

j. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit

Pada indikator kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat masih belum memenuhi target yaitu tercapai 78,86% dari target $\geq 80\%$. Hal ini dikarenakan terbatasnya jumlah tenaga IPSRS dibandingkan jumlah alat dan jarak lokasi.

k. Pelayanan CSSD dan Laundry

1) Capaian indikator ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap belum memenuhi standar dengan capaian 92,24% dari target 100%. Hal ini dikarenakan masih adanya linen yang perlu di cuci ulang pada hari tersebut.

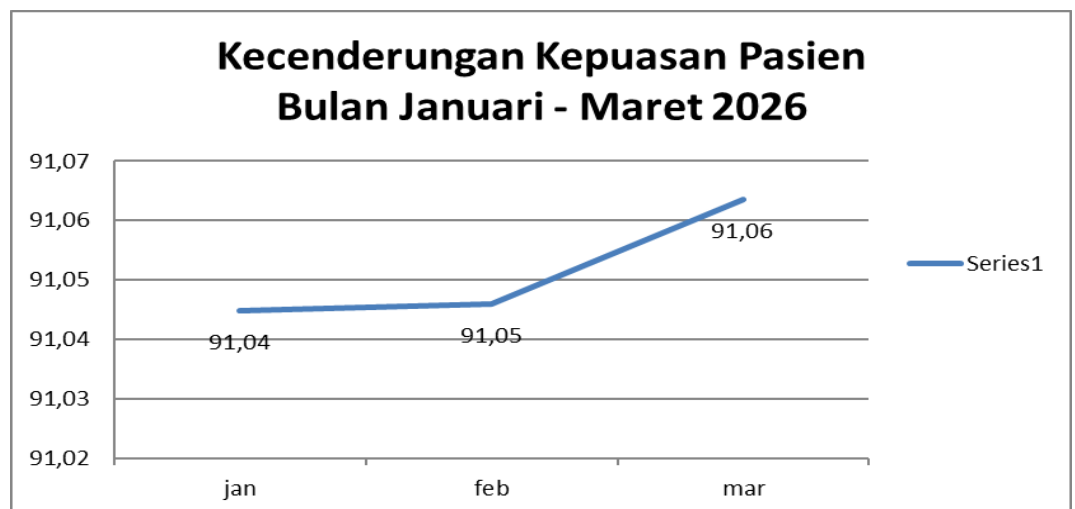
2) Capaian indikator Ketepatan Waktu Sterilisasi Bahan dan Alat 97,48% dari standar 100%. Adapun ketidaktercapaian dari standar penyebabnya adalah adanya alat sterilisasi yang rusak dan suplai steam dari boiler yang terbatas.

l. Pelayanan Radioterapi

Capaian indikator interval waktu Brakhiterapi belum memenuhi standar yaitu 98,67% dari target 100%. Hal ini disebabkan karena pasien yang mengalami vertigo sehingga tindakan brakhiterapi yang ke 2 harus ditunda.

D. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM)

Gambar 7. Hasil capaian survey kepuasan masyarakat pada Triwulan I Tahun 2026



Survey kepuasan pasien di RSUD Dr. Moewardi dilaksanakan di pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Survey ini menggunakan instrumen

melalui barcode berisi google form yang diisi langsung oleh pasien atau keluarganya. Di dalam angket tersebut terdapat 9 variabel yang menjadi sasaran kepuasan pasien, yaitu persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, perilaku pelaksana, penanganan pengaduan, saran dan masukan, sarana dan prasarana.

Pelaporan dan analisis atas hasil survey dilakukan dalam kurun waktu 3 bulanan (triwulan), di mana laporan ini merupakan hasil survey pada triwulan I (Januari – Maret 2026). Jumlah responden yang memberikan pernyataannya pada triwulan I ini rata-rata berkisar 904 orang tiap bulannya. Secara keseluruhan, pencapaian kepuasan di seluruh rumah sakit sudah berada di atas target yaitu rata-rata 91,05.

Dari hasil survey tersebut terdapat 3 unsur dengan nilai terendah yaitu :

1. Kelengkapan sarana prasarana;
2. Waktu pelayanan;
3. Penanganan pengaduan saran dan masukan.

BAB III. PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kinerja Pelayanan

a. Volume pelayanan

Jumlah pasien Rawat Inap dan IGD, Rawat Jalan maupun IGD mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan triwulan sebelumnya. Sedangkan untuk pelayanan penunjang lainnya terdapat beberapa pelayanan yang mengalami penurunan dibandingkan triwulan sebelumnya.

b. Mutu pelayanan

Angka NDR dan GDR pada triwulan ini mengalami penurunan dibandingkan triwulan sebelumnya.

2. Kinerja Keuangan

a. Penyerapan Anggaran

Jumlah target fisik sampai dengan triwulan I adalah sebesar 19,91%, realisasi fisik 27,50%, berdeviasi 7,60%, realisasi belanja dana APBD sampai dengan triwulan I sebesar Rp.335.922.280.233,00 atau 26,80%.

b. Pendapatan

Realisasi jumlah pendapatan sampai dengan triwulan I adalah Rp.336.696.985.613,00 atau 29,02% dari target yang ditetapkan.

c. Cost Recovery Rate (CRR)

Cost recovery pendapatan BLUD termasuk SILPA terhadap pengeluaran BLUD periode Maret 2026 adalah sebesar 177,81%. Cost recovery menunjukkan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi terdapat surplus sebesar 77,81%.

Cost recovery pendapatan BLUD termasuk SILPA terhadap pengeluaran SKPD & BLUD periode Maret 2026 adalah sebesar 149,53%. Cost recovery menunjukkan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi mengalami surplus sebesar 49,53%.

3. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pada Triwulan I ini ada 130 Indikator yang diukur. Berdasarkan hasil rekapitulasi laporan dari Bagian/Bidang/Unit terdapat 111 indikator

(85,38%) yang memenuhi standar dan masih ada 19 indikator (14,62%) yang belum memenuhi standar.

4. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM)

Hasil Survey Kepuasan Pasien triwulan I ada beberapa unsur yang memerlukan perhatian lebih karena nilainya rendah yaitu unsur waktu pelayanan, penanganan pengaduan/saran, dan sarana & prasarana.

B. Rekomendasi

Berdasarkan data dan kesimpulan diatas, maka kami rekomendasikan sebagai berikut:

1. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan melaksanakan pengembangan sumber daya manusia rumah sakit melalui diklat yang dilaksanakan secara berkala dan dilakukan evaluasi.
2. Melakukan monitoring terhadap mutu pelayanan terutama untuk peningkatan kinerja agar dapat mempertahankan serta meningkatkan prestasi yang telah diperoleh rumah sakit.
3. Sistem Informasi Manajemen RS perlu dilakukan monitoring maupun perbaikan secara terus menerus agar diperoleh data yang valid.
4. Perbaikan fasilitas yang rusak dan peningkatan kebersihan fasilitas di beberapa ruang perawatan agar tidak menimbulkan keluhan.
5. Agar tertib pelaporan untuk evaluasi kinerja mohon bagian / unit kerja agar menyerahkan data ke Bagian Perencanaan paling lambat tanggal 07 bulan berikutnya.