

Dr. MOEWARDI

Nyaman, Tanggap, Puas
Kami Hadir Melayani Anda

LAPORAN KINERJA

TRIWULAN II 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 II dapat diselesaikan.

Laporan dan Evaluasi Kinerja Pelayanan, Keuangan, SPM dan SKM Triwulan II 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 II 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	5
3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)	10
4. Instalasi Radiologi	13
5. Instalasi Radioterapi	14
6. Instalasi Farmasi	15
7. Instalasi Bedah Sentral (IBS)	15
8. Instalasi Gizi	17
9. Instalasi Rehabilitasi Medik	18
10. Instalasi Sanitasi	18
11. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik	19
12. Instalasi Mikrobiologi & Parasitologi Klinik	20
13. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi	22
14. Kesehatan Ibu & Anak (KIA)	23
15. Klinik Psikologi Terpadu	24
16. Medical Check Up	25
B. Kinerja Keuangan	25
1. Penyerapan Anggaran	25
2. Pendapatan	27
3. Cost Recovery	29
C. Standar Pelayanan Minimal (SPM)	31
D. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM)	46
BAB III. PENUTUP	47
A. Kesimpulan	47
B. Rekomendasi	48

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Realisasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan	3
Tabel 2. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Jalan	4
Tabel 3. Hari Perawatan dan BOR Berdasarkan Ruang	6
Tabel 4. Pasien Rawat Inap dan BOR Rumah Sakit	8
Tabel 5. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Inap	9
Tabel 6. Sepuluh Besar Penyebab Kematian	9
Tabel 7. Realisasi Pelayanan IGD	10
Tabel 8. Data Kematian di IGD	11
Tabel 9. Data Pemeriksaan Radiologi	13
Tabel 10. Tindakan Radioterapi	14
Tabel 11. Pelayanan Resep Instalasi Farmasi	15
Tabel 12. Data Operasi Elektif IBS	15
Tabel 13. Data Operasi Cito IBS	16
Tabel 14. Kunjungan Rehabilitasi Medik	18
Tabel 15. Pemantauan Kualitas Kesehatan Lingkungan	18
Tabel 16. Pemeriksaan Lab. Patologi Klinik	19
Tabel 17. Pemeriksaan Lab. Mikrobiologi Klinik	20
Tabel 18. Pemeriksaan Lab. Parasitologi & Mikologi	21
Tabel 19. Pemeriksaan Lab. Patologi Anatomi	22
Tabel 20. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	23
Tabel 21. Data Kunjungan Klinik Psikologi Terpadu	24
Tabel 22. Data Kunjungan Medical Check Up	25
Tabel 23. Perkembangan Pelaksanaan APBD Provinsi Jawa Tengah	26
Tabel 24. Target dan Realisasi Pendapatan BLUD	27
Tabel 25. Cost Recovery BLUD (Parsial)	29
Tabel 26. Cost Recovery BLUD (Parsial) dengan Hutang	29
Tabel 27. Cost Recovery Rate Total	30
Tabel 28. Cost Recovery Rate Total dengan Hutang	30
Tabel 29. Hasil Capaian SPM Triwulan II Tahun 2026	32

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Komposisi Tempat Tidur	5
Gambar 2. Sepuluh Besar Penyakit IGD.....	12
Gambar 3. Jumlah Penyajian Makanan Pasien per Kelas	17
Gambar 4. Hasil Capaian Survey Kepuasan Masyarakat	46



BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laporan dan evaluasi kinerja triwulan II 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)

RSDM

BAB II. PEMBAHASAN

A. Kinerja Pelayanan

1. Pelayanan Rawat Jalan

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

Poliklinik	Jml. sd TW I	Triwulan II				Jml. sd TW II
		Apr.	Mei.	Juni	Jumlah	
Poli Anak	9.748	3.425	2.900	3.157	9.482	19.230
Poli Bedah Anak	697	249	222	273	744	1.441
Poli Bedah Digestif	4.291	1.481	1.256	1.410	4.147	8.438
Poli Bedah Onkologi	9.701	3.554	3.149	3.261	9.964	19.665
Poli Bedah Orthopaedi	6.165	2.285	1.936	2.337	6.558	12.723
Poli Bedah Plastik	1.807	579	533	623	1.735	3.542
Poli Bedah Saraf	2.632	939	846	964	2.749	5.381
Poli Bedah Thorax Kardio Vaskuler	1.947	718	635	695	2.048	3.995
Poli Bedah Urologi	5.022	1.843	1.593	1.689	5.125	10.147
Poli Dalam HOM	5.478	1.938	1.660	1.686	5.284	10.762
Poli Dalam	19.838	7.458	6.870	7.283	21.611	41.449
Poli Gigi dan Mulut	813	353	302	285	940	1.753
Poli Kesehatan Jiwa	521	234	229	376	839	1.360
Poli Kulit Dan Kelamin	2.036	753	675	563	1.991	4.027
Poli Mata	3.717	1.424	1.341	1.521	4.286	8.003
Poli Obsgyn Onkologi	4.187	1.525	1.317	1.465	4.307	8.494
Poli Obsgyn	3.315	1.261	1.073	1.166	3.500	6.815
Poli Rehabilitasi Medik	4.598	1.635	1.316	1.360	4.311	8.909
Poli Radioterapi (Kedokteran Nuklir)	6.001	2.012	1.813	2.191	6.016	12.017
Poli Saraf	5.738	2.179	1.958	2.161	6.298	12.036
Poli THT	7.132	2.043	1.691	1.702	5.436	12.568
Poli Paru	3.910	1.483	1.315	1.358	4.156	8.066
Poli Jantung	7.122	2.600	2.334	2.381	7.315	14.437
Poli Sekar Moewardi	758	287	260	313	860	1.618
Poli Stem Cell	41	10	11	11	32	73
Poli Hemodialisa	5.772	1.834	1.866	1.943	5.643	11.415
Poli Geriatri	443	149	145	184	478	921
Poli Nyeri	2	0	1	0	1	3
Poli VCT	1.151	379	361	392	1.132	2.283
Poli MDR	64	32	34	45	111	175
Poli Napza Dan Rumatan Metadon	100	4	7	1	12	112
Poli DOTS	24	31	19	20	70	94
Poli Gizi	9	4	6	5	15	24

Poliklinik	Jml. sd TW I	Triwulan II				Jml. sd TW II
		Apr.	Mei.	Juni	Jumlah	
Poli Anestesi	4	0	1	3	4	8
Poli Psikologi	101	30	35	55	120	221
Poli MCU	383	263	238	199	700	1.083
Poli Sarana Kemoterapi	142	25	13	17	55	197
Poli Pre Operatif	1	0	1	1	2	3
Jumlah	125.411	45.019	39.962	43.096	128.077	253.488

Sumber data : Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Jumlah kunjungan Rawat Jalan bulan April sebesar 45.019 pasien dengan rerata 2.144 pasien/hari. Jumlah kunjungan bulan Mei sebesar 39.962 pasien dengan rerata 2.220 pasien/hari, mengalami penurunan 11,23% dibanding bulan April. Jumlah kunjungan bulan Juni sebesar 43.096 pasien, mengalami peningkatan 7,84 dibanding bulan Mei. Realisasi kunjungan rawat jalan sampai dengan triwulan II sebesar 253.488 pasien.

Kunjungan terbanyak pada triwulan II berasal dari Poli Dalam (21.611 kunjungan), diikuti Poli Bedah Onkologi (9.964 kunjungan) dan Poli Anak (9.482 kunjungan), yang menunjukkan tingginya kebutuhan layanan penyakit dalam, onkologi, dan kesehatan anak sebagai layanan unggulan rumah sakit. Secara bulanan, kunjungan mengalami penurunan pada bulan Mei dibanding April, kemudian kembali meningkat pada bulan Juni, sehingga secara keseluruhan volume pelayanan tetap stabil selama Triwulan II. Kondisi ini mencerminkan tingginya pemanfaatan layanan rawat jalan serta perlunya penguatan kapasitas pelayanan, pengelolaan antrean, dan optimalisasi sumber daya untuk menjaga mutu pelayanan dan waktu tunggu pasien.

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

NO	Diagnosis	ICD X	Jumlah
1	Breast, Unspecified	C50.9	7.053
2	Chronic Viral Hepatitis B without Delta-Agent	B18.1	3.350
3	Atherosclerotic Heart Disease	I25.1	3.201
4	Systemic Lupus Erythematosus, unspecified	M32.9	2.672
5	Cervix Uteri Unspecified	C53.9	2.305
6	Bronchus or Lung, Unspecified	C34.9	1.793
7	Nasopharynx, Unspecified	C11.9	1.561

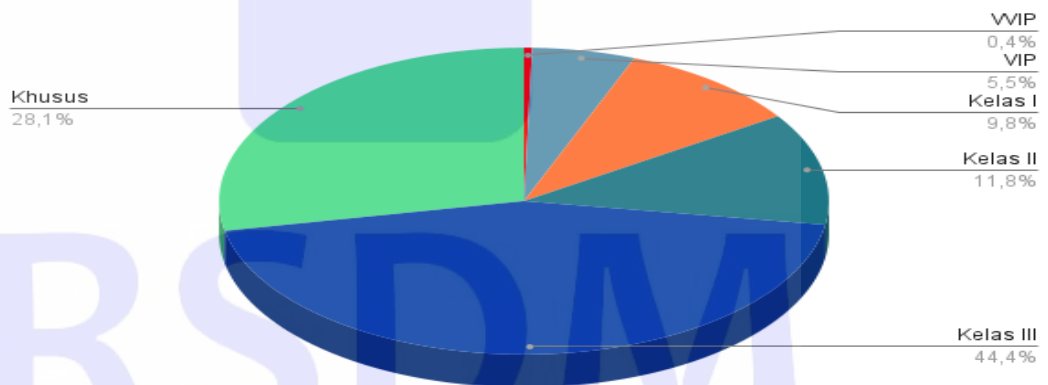
NO	Diagnosis	ICD X	Jumlah
8	Other And Unspecified Cirrhosis of Liver	K74.6	1.206
9	Malignant Neoplasm Of Rectum	C20	1.167
10	Beta Thalasemia	D56.1	1.163

Sumber data : Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Berdasarkan data 10 besar penyakit pada triwulan II menunjukkan bahwa pelayanan rumah sakit masih didominasi oleh kasus penyakit katastropik dan penyakit kronis. Kanker payudara (C50.9) menjadi diagnosis terbanyak dengan 7.053 kasus, diikuti hepatitis B kronis sebanyak 3.350 kasus dan penyakit jantung koroner sebanyak 3.201 kasus. Selain itu, tingginya kasus SLE, berbagai jenis keganasan seperti kanker serviks, kanker paru, kanker nasofaring, dan kanker rektum, serta penyakit kronis seperti sirosis hati dan beta thalasemia, menunjukkan tingginya kebutuhan pelayanan rawat jalan yang bersifat jangka panjang dan berkesinambungan.

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 II 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	971	1.781	217	13	230	1	12	82,08	7,74	0,92	17,69	52,17	56,52
2	Ruangan Anggrek I - HCU	1.680	693	17	72	89	20	52	97,17	7,79	0,55	4,68	584,27	808,99
3	Ruangan Anggrek I - HCU Paru	119	126	3	21	24	5	16	65,38	5,25	2,63	12,00	666,67	875,00
4	Ruangan Anggrek I - Psikiatri	60	51	15	0	15	0	0	21,98	3,40	14,20	5,00	0,00	0,00
5	Ruangan Anggrek I - TB	258	251	30	5	35	1	4	35,44	7,17	13,43	4,38	114,29	142,86
6	Ruangan Anggrek I – TB-MDR	86	58	7	1	8	1	0	18,90	7,25	46,13	1,60	0,00	125,00
7	Ruangan Anggrek II	2.195	1.914	475	8	483	4	4	100,50	3,96	-0,02	20,13	8,28	16,56
8	Ruangan Anggrek II - HCU Anggrek	1.177	416	1	75	76	22	53	107,78	5,47	-1,12	6,33	697,37	986,84
9	Ruangan Anggrek II - Unit Stroke	927	887	123	12	135	4	8	84,89	6,57	1,22	11,25	59,26	88,89
10	Ruangan Anggrek III	2.723	2.575	453	49	502	10	39	99,74	5,13	0,01	16,73	77,69	97,61
11	Ruangan Anggrek III - Paliatif Care	506	920	50	64	114	12	52	92,67	8,07	0,35	19,00	456,14	561,40
12	Ruangan Anyelir 2	1.037	536	220	4	224	4	0	81,40	2,39	1,06	16,00	0,00	17,86
13	Ruangan Anyelir 3	669	584	207	0	207	0	0	61,26	2,82	2,04	17,25	0,00	0,00
14	Ruangan Aster V	1.642	2.064	517	6	523	2	4	100,24	3,95	-0,01	29,06	7,65	11,47
15	Ruangan Camelia - HCU	1.077	215	16	65	81	38	27	107,59	2,65	-0,94	7,36	333,33	802,47
16	Ruangan Camelia - ICU	1	0	0	0	0	0	0	0,55	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!
17	Ruangan Cempaka - HCU Anak	649	109	0	14	14	2	12	79,24	7,79	12,14	1,56	857,14	1000,00
18	Ruangan Cempaka - ICU	1.343	494	0	76	76	14	62	98,39	6,50	0,29	5,07	815,79	1000,00
19	Ruangan Cempaka - ICU Isolasi	114	50	0	9	9	1	8	41,76	5,56	17,67	3,00	888,89	1000,00
20	Ruangan Cendana II	1.961	1.673	375	10	385	3	7	93,69	4,35	0,34	16,74	18,18	25,97
21	Ruangan Cendana III	2.329	2.013	428	14	442	6	8	91,41	4,55	0,50	15,79	18,10	31,67
22	Ruangan Cendana III - Isolasi	69	73	9	0	9	0	0	75,82	8,11	2,44	9,00	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)
				Hidup	Mati	Jml	<48 Jam	>48 Jam						
23	Ruangan Flamboyan 10	5.592	4.897	1.025	50	1.075	16	34	100,74	4,56	-0,04	17,62	31,63	46,51
24	Ruangan Flamboyan 10 - Isolasi	632	534	127	4	131	0	4	77,17	4,08	1,43	14,56	30,53	30,53
25	Ruangan Flamboyan 5	2.947	2.263	570	7	577	0	7	101,20	3,92	-0,06	18,03	12,13	12,13
26	Ruangan Flamboyan 6	3.162	2.659	620	17	637	9	8	91,44	4,17	0,46	16,76	12,56	26,69
27	Ruangan Flamboyan 6 - Isolasi	379	331	68	2	70	0	2	52,06	4,73	4,99	8,75	28,57	28,57
28	Ruangan Flamboyan 7	5.678	4.876	848	91	939	29	62	87,88	5,19	0,83	13,23	66,03	96,91
29	Ruangan Flamboyan 7 - Isolasi	158	138	20	1	21	0	1	57,88	6,57	5,48	7,00	47,62	47,62
30	Ruangan Flamboyan 8	6.595	5.816	1.252	70	1.322	23	47	96,63	4,40	0,17	17,63	35,55	52,95
31	Ruangan Flamboyan 8 - Isolasi	591	565	94	7	101	0	7	81,18	5,59	1,36	12,63	69,31	69,31
32	Ruangan Flamboyan 9	4.358	4.003	952	9	961	3	6	84,02	4,17	0,86	16,86	6,24	9,37
33	Ruangan Flamboyan 9 - Isolasi	224	247	39	0	39	0	0	41,03	6,33	8,26	6,50	0,00	0,00
34	Ruangan HCU Jantung	906	320	58	6	64	3	3	99,56	5,00	0,06	6,40	46,88	93,75
35	Ruangan ICVCU	1.137	458	52	58	110	24	34	104,12	4,16	-0,41	9,17	309,09	527,27
36	Ruangan Mawar 2	5.314	4.503	1.049	23	1.072	4	19	97,33	4,20	0,14	17,87	17,72	21,46
37	Ruangan Mawar 3	3.608	3.149	739	16	755	3	13	96,70	4,17	0,16	18,41	17,22	21,19
38	Ruangan Mawar I - ICU	2.051	1.368	1	214	215	42	172	93,91	6,36	0,62	8,96	800,00	995,35
39	Ruangan Mawar I - PICU	636	451	0	35	35	0	35	87,36	12,89	2,63	4,38	1000,00	1000,00
40	Ruangan Mawar I - Isolasi ICU	316	270	1	32	33	6	26	49,61	8,18	9,73	4,71	787,88	969,70
41	Ruangan Mawar I - Isolasi PICU	103	50	0	8	8	0	8	56,59	6,25	9,88	4,00	1000,00	1000,00
42	Ruangan NICU	2.049	1.941	145	62	207	9	53	72,63	9,38	3,73	6,68	256,04	299,52
43	Ruangan Tulip 4	1.165	1.029	251	7	258	4	3	64,01	3,99	2,54	12,90	11,63	27,13
44	Ruangan Tulip 4 - Isolasi	586	520	88	1	89	0	1	80,49	5,84	1,60	11,13	11,24	11,24
45	Ruangan Tulip 5	2.396	2.070	595	4	599	1	3	73,14	3,46	1,47	16,64	5,01	6,68
46	Ruangan Tulip 6	2.358	2.024	495	4	499	1	3	74,03	4,06	1,66	14,26	6,01	8,02

Pada Triwulan II Tahun 2026, tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit menunjukkan BOR yang tinggi yaitu 89,01%. Pada sebagian besar ruang perawatan, bahkan beberapa ruangan telah melampaui standar ideal 60–85%, seperti Ruangan Anggrek II (100,50%), Anggrek II-HCU (107,78%), Camelia-HCU (107,59%), ICVCU (104,12%), Flamboyan 10 (100,74%), dan Flamboyan 5 (101,20%). Kondisi ini mengindikasikan tingginya beban pelayanan dan potensi terjadinya keterbatasan kapasitas tempat tidur. Di sisi lain, beberapa ruangan masih memiliki BOR rendah, seperti Ruangan Anggrek I-TB MDR (18,90%), Psikiatri (21,98%), dan ICU Isolasi (49,61%), sehingga menunjukkan adanya ketidakseimbangan distribusi pemanfaatan tempat tidur antarunit. Selain itu, tingginya nilai NDR dan GDR pada ruang intensif seperti ICU, HCU, PICU, dan NICU mencerminkan karakteristik pasien dengan tingkat keparahan yang tinggi dan risiko mortalitas yang lebih besar.

**Tabel 4. Pasien Rawat Inap dan BOR Rumah Sakit
Triwulan II Tahun 2026**

No	Uraian	Jml. sd. TW I	Apr	Mei	Juni	Jml. s.d TW II
1	Jumlah Hari Perawatan	72.346	25.343	25.913	26.553	150.155
2	Jumlah Lama Dirawat	56.793	19.111	19.580	20.206	115.690
3	Jumlah Pasien Keluar Hidup	13.021	4.548	4.481	4.376	26.426
4	Jumlah Pasien Keluar Mati	1.185	419	495	495	2.594
5	Total Pasien	14.206	4.967	4.976	4.871	29.020
6	Pasien Meninggal $\leq$ 48 jam	310	97	143	130	680
7	Pasien Meninggal $\geq$ 48 jam	875	322	352	365	1.914
8	BOR	86,25	90,64	89,69	94,97	89,01
9	AVLOS	4,00	3,85	3,93	4,15	3,99
10	TOI	0,81	0,53	0,60	0,29	0,64
11	BTO	15,24	5,33	5,34	5,23	31,14
12	NDR	61,59	64,83	70,74	74,93	65,95
13	GDR	83,42	84,36	99,48	101,62	89,39

**Tabel 5. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Inap
pada Triwulan II Tahun 2026**

No	Jenis Penyakit	Kode	Jumlah
1	Bronchus Or Lung, Unspesified	C34.9	473
2	Atherosclerotic Heart Disease	I25.1	391
3	Acute Lymphoblastic Leukaemia	C91.0	268
4	Pneumonia Unspesified	J18.9	240
5	Cerebral Infarction Due to Thrombosis of Cerebral Arteries	I63.3	237
6	Breast, Unspecified	C50.9	224
7	Malignant Neoplasm Of Rectum	C20	209
8	Bladder, Unspecified	C67.9	164
9	Exocervix	C53.1	163
10	Malignant Neoplasm Of Ovary	C56	162

Sumber data : Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Data sepuluh besar penyakit rawat inap pada Triwulan II Tahun 2026 menunjukkan bahwa kasus penyakit katastrofik dan keganasan masih mendominasi pelayanan rawat inap, dengan kasus terbanyak yaitu kanker paru (C34.9) sebanyak 473 kasus, diikuti penyakit jantung koroner (I25.1) sebanyak 391 kasus dan Acute Lymphoblastic Leukaemia (C91.0) sebanyak 268 kasus. Selain itu, beberapa jenis kanker lainnya seperti kanker payudara, kanker rektum, kanker kandung kemih, kanker serviks, dan kanker ovarium juga masuk dalam kelompok 10 besar penyakit rawat inap. Keberadaan pneumonia dan stroke iskemik dalam daftar ini menunjukkan masih tingginya beban penyakit non-keganasan yang memerlukan perawatan intensif dan lama rawat yang relatif panjang.

**Tabel 6. Sepuluh Besar Penyebab Kematian
pada Triwulan II Tahun 2026**

No	Jenis Penyakit	Kode	Jumlah
1	Cardiac Arrest, Unspesified	I46.9	382
2	Septic shock	R57.2	307
3	Respiratory Failure, Unsp.	J96.9	305
4	Septicaemia, Unspecified	A41.9	35
5	Cardiac arrest with successful resuscitation	I46.0	30
6	Cardiogenic Shock	R57.0	28
7	Acute Respiratory Failure	J96.0	22
8	Cardiac arrest	I46	21

No	Jenis Penyakit	Kode	Jumlah
9	Somnolence, stupor and coma	R40	15
10	Pneumonia, unspecified	J18.9	11

Sumber data : Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Data sepuluh besar penyebab kematian pada Triwulan II Tahun 2026 menunjukkan bahwa kematian pasien didominasi oleh kondisi kegawatdaruratan dan kegagalan fungsi organ, dengan Cardiac Arrest, Unspecified (I46.9) sebagai penyebab kematian tertinggi sebanyak 382 kasus, diikuti Septic Shock (R57.2) sebanyak 307 kasus dan Respiratory Failure, Unspecified (J96.9) sebanyak 305 kasus. Selain itu, kasus septicaemia, cardiogenic shock, acute respiratory failure, serta pneumonia juga berkontribusi terhadap angka kematian pasien. Pola ini menunjukkan bahwa sebagian besar kematian terjadi pada pasien dengan kondisi kritis, komplikasi infeksi berat, dan gangguan kardiovaskular maupun pernapasan yang memerlukan penanganan intensif.

3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

**Tabel 7. Realisasi Pelayanan IGD
pada Triwulan II Tahun 2026**

Pelayanan	Jml. sd. TW I	Triwulan II				Jml. sd. TW II
		Apr.	Mei	Juni	Jml.	
Bedah	2.626	917	961	961	2.839	5.465
P. Dalam	2.293	862	994	939	2.795	5.088
Anak	637	261	249	234	744	1.381
Obsgyn	493	158	172	145	475	968
Paru	504	162	202	200	564	1.068
Saraf	497	176	188	161	525	1.022
Jantung	766	266	276	204	746	1.512
Jiwa	10	6	15	6	27	37
THT	495	150	171	161	482	977
Mata	34	18	24	23	65	99
Kulit & Kel.	30	4	8	10	22	52
Gilut	17	4	11	4	19	36
Anestesi	148	57	71	66	194	342
IKF	1	2	2	1	5	6
Umum	155	62	64	49	175	330
Jumlah	8.706	3.105	3.408	3.164	9.677	18.383

Sumber data : Instalasi Gawat Darurat

Jumlah kunjungan di IGD bulan April sebesar 3.105 pasien. Jumlah pasien bulan Mei sebesar 3.408 pasien, naik 9,76% dibandingkan bulan April. Jumlah kunjungan pasien bulan Juni adalah 3.164 pasien, turun 7,16% dibandingkan bulan Mei. Realisasi kunjungan pasien IGD sampai dengan triwulan II sebesar 18.383 pasien.

Berdasarkan jenis pelayanan, kasus Bedah merupakan pelayanan dengan jumlah kunjungan tertinggi, yaitu 5.465 kunjungan secara kumulatif, diikuti Penyakit Dalam sebanyak 5.088 kunjungan. Selanjutnya, pelayanan Jantung mencatat 1.512 kunjungan, Anak sebanyak 1.381 kunjungan, Paru sebanyak 1.068 kunjungan, dan Saraf sebanyak 1.022 kunjungan. Tingginya kunjungan pada pelayanan Bedah dan Penyakit Dalam menunjukkan bahwa kedua layanan tersebut masih menjadi kasus kegawatdaruratan yang paling dominan dan memerlukan dukungan sumber daya yang memadai.

Tabel 8. Data Kematian di IGD pada Triwulan II Tahun 2026

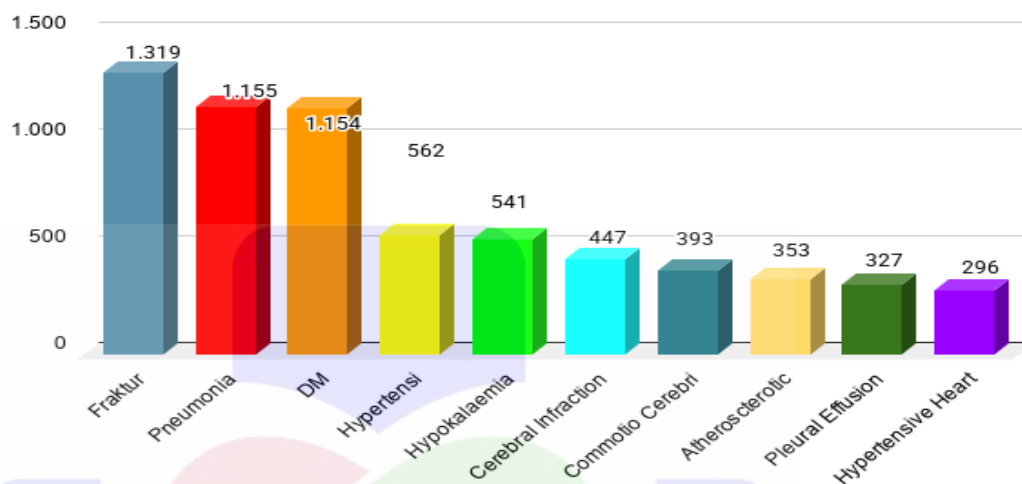
Bulan	Jml pasien	DOA	%	DOT	%	Jml Kematian	%
Jml. sd. TW I	8.706	42	0,48	158	1,81	200	2,30
April	3.105	23	0,74	67	2,16	90	2,90
Mei	3.408	9	0,26	38	1,12	47	1,38
Juni	3.164	11	0,35	74	2,34	85	2,69
Jml. TW II	9.677	43	0,44	179	1,85	222	2,29
Jml. sd. TW II	18.383	85	0,46	337	1,83	422	2,30

Sumber data : Instalasi Gawat Darurat

Data kematian di IGD sebagai berikut:

- Death On Arrival (DOA) atau pasien yang datang ke IGD dan meninggal dunia sebelum ditangani pada triwulan II sebanyak 43 pasien atau 0,44% dari total pasien sebanyak 9.677 pasien.
- Death On Table (DOT) yaitu pasien yang meninggal di IGD setelah ditangani pada triwulan II sebanyak 179 pasien atau 1,85% dari total pasien sebanyak 9.677 pasien.
- Total jumlah kematian di IGD pada triwulan II adalah sebanyak 222 pasien atau 2,29% dari total jumlah pasien IGD sebanyak 9.677 pasien.

**Gambar 2. Sepuluh Besar Penyakit IGD
pada Triwulan II Tahun 2026**



Berdasarkan data tersebut, fraktur merupakan penyakit terbanyak yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat (IGD) selama Triwulan II Tahun 2026 dengan 1.319 kasus, diikuti pneumonia sebanyak 1.155 kasus dan diabetes melitus (DM) sebanyak 1.154 kasus, sedangkan penyakit lainnya yang cukup dominan adalah hipertensi (562 kasus), hipokalemia (541 kasus), cerebral infarction (447 kasus), commotio cerebri (393 kasus), atherosclerotic heart disease (353 kasus), pleural effusion (327 kasus), dan hypertensive heart disease (296 kasus). Pola tersebut menunjukkan bahwa pelayanan IGD tidak hanya didominasi oleh kasus trauma, tetapi juga oleh penyakit tidak menular, terutama penyakit kardiovaskular, metabolik, dan gangguan pernapasan yang memerlukan penanganan cepat dan komprehensif. Hal ini mengindikasikan perlunya optimalisasi kesiapan sumber daya manusia, sarana prasarana, serta sistem pelayanan kegawatdaruratan untuk mendukung penanganan kasus-kasus prioritas secara cepat, tepat, dan berkualitas.

4. Instalasi Radiologi

**Tabel 9. Data Pemeriksaan Radiologi
Triwulan II Tahun 2026**

No.	Pemeriksaan	Jml. s/d TW. I	Triwulan II				Jml. s/d TW. II
			April	Mei	Juni	Jml.	
1	Pemeriksaan Tanpa Kontras	21.961	8.030	7.007	7.117	22.154	44.115
2	Pemeriksaan Dengan Kontras	342	85	79	81	245	587
3	Pemeriksaan Gigi	275	113	79	71	263	538
4	Pemeriksaan MSCT	4.559	1.594	1.265	1.012	3.871	8.430
5	Pemeriksaan MRI	1.534	588	378	304	1.270	2.804
6	Pemeriksaan USG	4.115	1.480	1.227	1.027	3.734	7.849
7	Intervensi Radiologi	1.908	722	541	411	1.674	3.582
Jumlah		34.694	12.612	10.576	10.023	33.211	67.905

Sumber data : Instalasi Radiologi

Jumlah pemeriksaan di Instalasi Radiologi bulan April adalah 12.612 pemeriksaan. Jumlah pemeriksaan bulan Mei adalah 10.576 pemeriksaan atau turun 16,14% dibandingkan bulan April. Jumlah pemeriksaan bulan Juni adalah 10.023 pemeriksaan, turun 5,23% dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah pemeriksaan sampai dengan triwulan II adalah 67.905 pemeriksaan.

Jenis pemeriksaan yang paling banyak dilakukan adalah pemeriksaan tanpa kontras sebanyak 22.154 pemeriksaan pada Triwulan II (44.115 kumulatif), diikuti MSCT sebanyak 3.871 pemeriksaan, USG sebanyak 3.734 pemeriksaan, intervensi radiologi sebanyak 1.674 tindakan, dan MRI sebanyak 1.270 pemeriksaan. Meskipun terjadi penurunan pada bulan Mei dan Juni, layanan radiologi tetap menunjukkan tingkat pemanfaatan yang tinggi, terutama untuk pemeriksaan penunjang diagnostik tanpa kontras dan pencitraan lanjutan, sehingga diperlukan upaya menjaga ketersediaan peralatan, bahan habis pakai, serta sumber daya manusia agar mutu dan ketepatan waktu pelayanan radiologi tetap optimal.

5. Instalasi Radioterapi

**Tabel 10. Tindakan Radioterapi
pada Triwulan II Tahun 2026**

No.	Tindakan	Jml sd. TW I	Triwulan II				Jm sd. TW II
			Apr.	Mei	Juni	Jml	
1.	Poliklinik	1.830	488	467	545	1.500	3.330
2.	Simulator 2D	52	17	11	10	38	90
3.	CT Simulator	181	73	39	109	221	402
4.	TPS (Treatment Planning System) 2D	52	17	11	12	40	92
5.	TPS 3D	165	62	49	80	191	356
6.	Tindakan Radiasi Eksterna 2D	913	223	186	157	566	1.479
7.	Tindakan Radiasi Eksterna 3D	3.924	1.293	1.277	1.598	4.168	8.092
8.	Tindakan Brakhiterapi	129	47	38	32	117	246
Jumlah		7.246	2.220	2.078	2.543	6.841	14.087

Jumlah tindakan di Instalasi Radioterapi bulan April adalah 2.220 tindakan. Jumlah tindakan bulan Mei adalah 2.078 tindakan atau turun 6,40% dibandingkan bulan April. Jumlah tindakan bulan Juni adalah 2.543 tindakan, meningkat 22,38% dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah tindakan sampai dengan triwulan II adalah 14.087 tindakan.

Pada triwulan II tindakan yang paling banyak dilakukan adalah radiasi eksterna 3D sebanyak 4.168 tindakan (60,9% dari total tindakan Triwulan II), diikuti pelayanan poliklinik sebanyak 1.500 tindakan dan radiasi eksterna 2D sebanyak 566 tindakan. Secara bulanan, jumlah tindakan mengalami penurunan pada bulan Mei dibanding April, namun meningkat kembali pada bulan Juni sehingga menunjukkan tren pelayanan yang tetap tinggi. Kondisi ini mencerminkan tingginya pemanfaatan layanan radioterapi, khususnya teknologi radiasi 3D, yang sejalan dengan tingginya beban kasus keganasan di rumah sakit, sehingga perlu didukung dengan ketersediaan sumber daya, pemeliharaan peralatan, dan pengaturan jadwal pelayanan yang optimal untuk menjaga mutu dan kesinambungan layanan.

6. Instalasi Farmasi

Tabel 11. Pelayanan Resep Instalasi Farmasi pada Triwulan II Tahun 2026

No.	Jenis Resep	Jml. s.d. TW I	Triwulan II				Total s.d. TW. II
			April	Mei	Juni	Jml.	
1	Lembar Resep	293.779	105.725	102.060	108.292	316.077	609.856
2	Resep (R/)	1.580.678	568.347	535.773	571.418	1.675.538	3.256.216
3	Resep (R/) Terlayani	1.517.242	546.891	515.019	548.254	1.610.164	3.127.406
4	Resep (R/) Tidak Terlayani	63.436	21.456	20.754	23.164	65.374	128.810
5	% Resep tidak Terlayani	4,01	3,78	3,87	4,05	3,90	3,96

Jumlah lembar resep yang diterima pada bulan April sebanyak 105.725 lembar resep atau sebanyak 568.347 jenis obat yang diresepkan. Jumlah lembar resep yang diterima pada bulan Mei sebesar 102.060 lembar resep atau 535.773 jenis obat yang diresepkan, turun 3,47% dibandingkan bulan April. Jumlah lembar resep yang diterima pada bulan Juni sebesar 108.292 lembar resep atau 571.418 jenis obat yang diresepkan, naik 6,11% dibandingkan bulan Juni. Total jumlah lembar resep sampai dengan triwulan II adalah 609.856 lembar resep atau 3.256.216 jenis obat yang diresepkan.

7. Instalasi Bedah Sentral (IBS)

Tabel 12. Data Operasi Elektif IBS pada Triwulan II Tahun 2026

No.	Spesialisasi	Jml. sd. TW I	Triwulan II				Jml. sd. TW II
			April	Mei	Juni	Jml.	
1	Bedah Urologi	754	295	230	254	779	1.533
2	Bedah Plastik	432	156	131	168	455	887
3	Bedah Orthopedi	733	268	263	291	822	1.555
4	Bedah Syaraf	226	86	73	88	247	473
5	Bedah Digestif	519	180	153	183	516	1.035
6	Obsgyn	423	155	128	156	439	862
7	Mata	224	69	60	61	190	414
8	THT	253	84	82	95	261	514
9	Bedah Vaskuler & Thorax	350	147	113	132	392	742

No.	Spesialisasi	Jml. sd. TW I	Triwulan II				Jml. sd. TW II
			April	Mei	Juni	Jml.	
10	Bedah Anak	189	74	73	82	229	418
11	Gigi dan Mulut	98	34	20	31	85	183
12	Bedah Onkologi	339	126	95	113	334	673
13	Lain-lain	225	96	93	94	283	508
	Jumlah	4.765	1.770	1.514	1.748	5.032	9.797

Jumlah tindakan operasi di IBS bulan April adalah 1.770 tindakan dengan rerata 59 tindakan per hari. Jumlah tindakan operasi di IBS bulan Mei adalah 1.514 tindakan dengan rerata 49 tindakan per hari, turun 14,46% dibanding bulan April. Jumlah tindakan operasi elektif bulan Juni sebanyak 1.748 tindakan dengan rerata 58 tindakan per hari, meningkat 15,46% dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah tindakan operasi sampai dengan triwulan II adalah 9.797 tindakan.

Tindakan operasi terbanyak pada triwulan II berasal dari Bedah Orthopedi (822 tindakan), diikuti Bedah Urologi (779 tindakan) dan Bedah Digestif (516 tindakan). Secara keseluruhan, tren pelayanan menunjukkan kapasitas operasi yang tetap tinggi dan stabil, sehingga perlu didukung dengan pengelolaan jadwal operasi, ketersediaan ruang operasi, serta sumber daya manusia dan sarana penunjang yang memadai untuk menjaga efisiensi dan mutu pelayanan bedah.

Tabel 13. Data Operasi Cito IBS pada Triwulan II Tahun 2026

No	Spesialisasi	Jml. sd. TW I	Triwulan II				Jml. sd. TW II
			Apr.	Mei	Juni	Jml.	
1	Bedah Urologi	102	18	21	15	54	156
2	Bedah Plastik	106	24	25	29	78	184
3	Bedah Orthopedi	239	88	84	80	252	491
4	Bedah Syaraf	241	74	81	88	243	484
5	Bedah Digestif	90	27	61	49	137	227
6	Obsgyn	124	39	38	45	122	246
7	Mata	7	1	5	1	7	14
8	THT	59	16	19	22	57	116

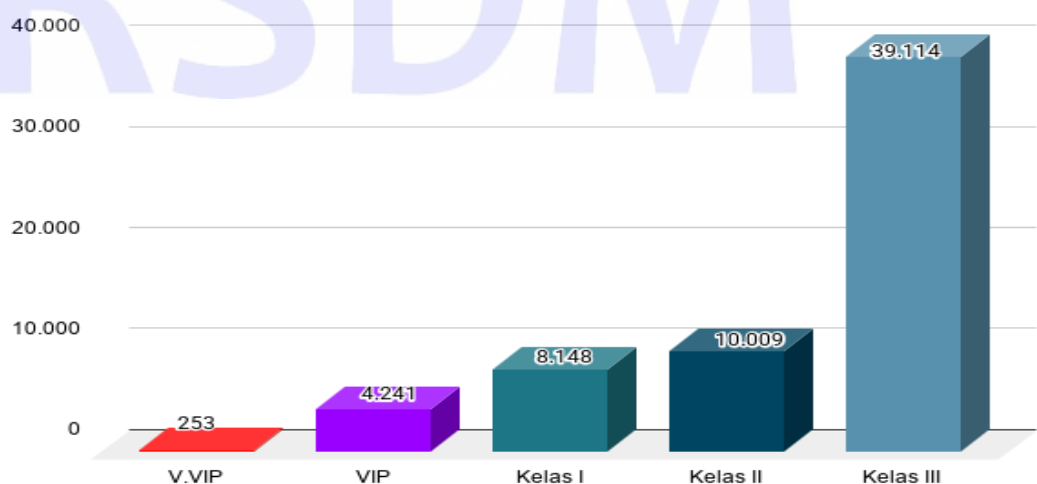
No	Spesialisasi	Jml. sd. TW I	Triwulan II				Jml. sd. TW II
			Apr.	Mei	Juni	Jml.	
9	Bedah Vaskuler & Thorax	47	12	12	15	39	86
10	Bedah Anak	32	11	6	9	26	58
11	Gigi dan Mulut	0	1	4	1	6	6
12	Bedah Onkologi	1	0	0	0	0	1
13	Lain-lain	25	4	8	8	20	45
	Jumlah	1.073	315	364	362	1.041	2.114

Jumlah tindakan operasi cito di IBS bulan April adalah 315 tindakan. Jumlah tindakan operasi cito bulan Mei adalah 364 tindakan, naik 15,56% dibanding bulan April. Jumlah tindakan operasi cito bulan Juni sebanyak 362 tindakan, menurun 0,55% dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah tindakan operasi cito sampai dengan triwulan II adalah 2.114 tindakan.

Tindakan operasi cito terbanyak pada triwulan II berasal dari Bedah Orthopedi (252 tindakan), diikuti Bedah Syaraf (243 tindakan) dan Bedah Digestif (137 tindakan). Kondisi ini mencerminkan kesiapsiagaan rumah sakit dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan bedah, sehingga perlu didukung dengan ketersediaan ruang operasi, tenaga kesehatan, peralatan, serta koordinasi lintas unit yang optimal agar pelayanan emergensi dapat diberikan secara cepat, aman, dan berkualitas.

8. Instalasi Gizi

Gambar 3. Jumlah Penyajian Makanan Pasien per Kelas pada Triwulan II Tahun 2026



9. Instalasi Rehabilitasi Medik

**Tabel 14. Kunjungan Rehabilitasi Medik
pada Triwulan II Tahun 2026**

Uraian	Jml. sd. TW I	Triwulan II				Jml. sd. TW II
		Apr.	Mei	Juni	Jml.	
Fisioterapi	5.101	1.856	1.486	1.589	4.931	10.032
Terapi Wicara	762	294	230	314	838	1.600
Okupasi Terapi	1.490	549	430	500	1.479	2.969
Sosial Medik	34	11	8	10	29	63
Ortotik Prostetik	119	56	55	36	147	266
Jumlah	7.506	2.766	2.209	2.449	7.424	14.930

Jumlah kunjungan di Instalasi Rehabilitasi Medik bulan April sebanyak 2.766. Jumlah kunjungan bulan Mei sebanyak 2.209 pasien turun 20,14% dibanding bulan April. Jumlah kunjungan bulan Juni adalah 2.449 kunjungan, meningkat 10,86% dibandingkan bulan Mei. Realisasi kunjungan sampai dengan triwulan II sebesar 14.930 pasien.

Pada triwulan II layanan fisioterapi masih mendominasi dengan 4.931 kunjungan (66,4% dari total kunjungan Triwulan II), diikuti terapi wicara sebanyak 838 kunjungan dan okupasi terapi sebanyak 1.479 kunjungan. Kondisi ini mencerminkan pentingnya peran rehabilitasi medik dalam mendukung pemulihan fungsi pasien, sehingga perlu didukung dengan ketersediaan tenaga rehabilitasi, sarana, dan pengaturan jadwal pelayanan yang optimal untuk menjaga mutu dan kesinambungan pelayanan.

10. Instalasi Sanitasi

**Tabel 15. Pemantauan Kualitas Kesehatan Lingkungan
Triwulan II tahun 2026**

No.	Kegiatan	Target (%)	Rerata TW II
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

No.	Kegiatan	Target (%)	Rerata TW II
7	Pemeriksaan Usap Alat Medis	100	100,00
9	Pemeriksaan Suhu Ruang	100	60,00
10	Pemeriksaan Kelembaban Ruang	90	62,78
11	Pemeriksaan Pencahayaan Ruang	90	83,34
12	Pemeriksaan Kebisingan Ruang	100	90,90
13	Pemeriksaan Kadar Debu	90	33,33
14	Pemeriksaan Angka Kuman Udara	90	73,60
15	Pemeriksaan Angka Kuman Lantai	90	91,67
16	Pemeriksaan Angka Kuman Dinding	100	93,75
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	97,46
20	Pemantauan limbah padat non medis tercampur limbah padat medis	100	99,15
21	Kebersihan ruangan dan lingkungan rumah sakit	85	85,41

11. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

Tabel 16. Pemeriksaan Lab. Patologi Klinik pada Triwulan II Tahun 2026

Pemeriksaan	Jml. s.d. TW. I	Triwulan II				Jml. s.d. TW. II
		April	Mei	Juni	Jml.	
Hematologi	46.063	15.914	15.331	15.947	47.192	93.255
Kimia Klinik	119.492	40.763	39.859	42.691	123.313	242.805
Imunologi	21.319	7.937	7.362	7.377	22.676	43.995
Sekresi / Ekresi	5.798	2.085	2.062	1.960	6.107	11.905
Hematostatis	25.084	8.531	8.224	8.847	25.602	50.686
Konsultasi	1.236	384	398	395	1.177	2.413
Tindakan BMP	203	61	68	61	190	393
JUMLAH	219.195	75.675	73.304	77.278	226.257	445.452

Jumlah pemeriksaan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik bulan April adalah 75.675 pemeriksaan. Jumlah pemeriksaan bulan Mei adalah 73.304 pemeriksaan atau turun 3,13% dibandingkan dengan bulan April. Jumlah pemeriksaan bulan Juni adalah 77.278 pemeriksaan, meningkat 5,42%

dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah pemeriksaan sampai dengan triwulan II adalah 445.452 pemeriksaan.

Pada triwulan II pemeriksaan kimia klinik merupakan jenis pemeriksaan terbanyak dengan 123.313 pemeriksaan, diikuti hematologi sebanyak 47.192 pemeriksaan, hematostasis sebanyak 25.602 pemeriksaan, dan imunologi sebanyak 22.676 pemeriksaan. Kondisi ini mencerminkan peran strategis Laboratorium Patologi Klinik dalam mendukung pelayanan rumah sakit, sehingga diperlukan penguatan kapasitas pelayanan, ketersediaan reagen, pemeliharaan alat, dan optimalisasi sumber daya manusia untuk menjaga mutu, ketepatan waktu, dan kesinambungan pelayanan laboratorium.

12. Instalasi Mikrobiologi & Parasitologi Klinik

a. Pemeriksaan Laboratorium Mikrobiologi Klinik

Tabel 17. Pemeriksaan Lab. Mikrobiologi Klinik pada Triwulan II Tahun 2026

No	Kelompok	Jml. sd. TW I	Triwulan II				Jml. sd. TW II
			April	Mei	Juni	Jml.	
1	Drec	3.669	1.045	792	1.068	2.905	6.574
	a. Gram	3.669	1.045	792	1.068	2.905	6.574
	b. Neisser/Difteri	0	0	0	0	0	0
2	Kultue	5.943	1.397	1.213	1.127	3.737	9.680
	a. Darah	2.525	389	263	140	792	3.317
	b. Urine	407	109	94	76	279	686
	c. Pus	1.179	306	319	362	987	2.166
	d. LCS	62	20	27	22	69	131
	e. Sekret	104	11	17	17	45	149
	f. Faeces	11	7	3	9	19	30
	g. Transudat	193	83	46	47	176	369
	h. Sputum	1.462	472	444	454	1.370	2.832
3	Kepekaan Kuman terhadap Antibiotik	3.267	886	779	819	2.484	5.751
4	Hitung Koloni kuman pada kultur urin	407	109	94	76	279	686
5	Khusus TB	192	79	49	58	186	378
	a. Zeel Nelsen	112	46	27	39	112	224
	b. Kultur BTA/TB	80	33	22	19	74	154
6	GeneXpert MTB/RIF	324	240	203	271	714	1.038
7	IGRA	27	15	17	3	35	62
	JML	13.829	3.771	3.147	3.422	10.340	24.169

Jumlah pemeriksaan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik bulan April adalah 3.771 pemeriksaan. Jumlah pemeriksaan bulan Mei adalah 3.147 pemeriksaan turun 16,55% dibandingkan bulan April. Jumlah pemeriksaan bulan Juni sebanyak 3.422 pemeriksaan, meningkat 8,74% dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah pemeriksaan sampai dengan triwulan II adalah 24.169 pemeriksaan.

Pada triwulan II pemeriksaan kultur merupakan layanan terbanyak dengan 3.737 pemeriksaan, diikuti pewarnaan Gram (DREC) sebanyak 2.905 pemeriksaan dan uji kepekaan kuman terhadap antibiotik sebanyak 2.484 pemeriksaan, yang menunjukkan tingginya kebutuhan identifikasi mikroorganisme dan penentuan terapi antibiotik yang tepat. Selain itu, pemeriksaan GeneXpert MTB/RIF mencapai 714 pemeriksaan, mencerminkan komitmen rumah sakit dalam mendukung diagnosis cepat tuberkulosis.

b. Pemeriksaan Laboratorium Parasitologi & Mikologi Klinik

Tabel 18. Pemeriksaan Lab. Parasitologi & Mikologi pada Triwulan II Tahun 2026

No	Jenis Pemeriksaan	Jml. s.d. TW. I	Triwulan II				Jml. s.d. TW. II
			April	Mei	Juni	Jumlah	
1	Feses Lengkap	178	65	58	58	181	359
2	Darah Samar / Benzidin Test	25	5	10	6	21	46
3	Malaria	1	1	1	2	4	5
4	Filaria	2	0	0	1	1	3
5	Jamur KOH	5	0	0	0	0	5
6	PCP	234	59	62	53	174	408
7	Kultur Jamur	231	59	62	59	180	411
8	Uji sensitivitas/ Kepekaan jamur terhadap Antimikotik	163	36	43	47	126	289
	Jumlah	839	225	236	226	687	1.526

Jumlah pemeriksaan di Instalasi Laboratorium Parasitologi & Mikologi bulan April yaitu 225 pemeriksaan. Jumlah pemeriksaan bulan Mei adalah 236 pemeriksaan atau naik 4,89% dibandingkan bulan April. Jumlah pemeriksaan bulan Juni adalah 226 pemeriksaan, turun 4,24%

dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah pemeriksaan sampai dengan triwulan II adalah 1.526 pemeriksaan.

Pada triwulan II pemeriksaan feses lengkap menjadi layanan terbanyak dengan 181 pemeriksaan, diikuti kultur jamur sebanyak 180 pemeriksaan dan Pneumocystis Pneumonia (PCP) sebanyak 174 pemeriksaan, serta uji sensitivitas jamur terhadap antimikotik sebanyak 126 pemeriksaan. Kondisi ini mencerminkan peran Laboratorium Parasitologi dan Mikologi dalam mendukung diagnosis penyakit infeksi, khususnya pada pasien dengan gangguan imunitas, sehingga perlu didukung dengan ketersediaan sarana, reagen, dan kompetensi tenaga laboratorium untuk menjamin ketepatan serta kualitas hasil pemeriksaan.

13. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

Tabel 19. Pemeriksaan Lab. Patologi Anatomi pada Triwulan II Tahun 2026

Pemeriksaan	Jml. s.d. TW. I	Triwulan II				Jml. s.d. TW. II
		April	Mei	Juni	JML	
Histopatologi	2.710	981	909	1.103	2.993	5.703
Sitologi	647	269	211	291	771	1.418
Histokimia	61	30	32	20	82	143
FNAB/AJH	104	30	36	33	99	203
Frozen Section	55	24	19	23	66	121
Immunohistokimia	1.644	525	486	605	1.616	3.260
Mutasi EGFR	80	35	23	42	100	180
Jumlah	5.301	1.894	1.716	2.117	5.727	11.028

Jumlah pemeriksaan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi bulan April adalah 1.894 pemeriksaan. Jumlah pemeriksaan bulan Mei adalah 1.716 pemeriksaan atau turun 9,40% dibandingkan bulan April. Jumlah pemeriksaan bulan Juni sebesar 2.117 pemeriksaan, meningkat 23,37% dibandingkan bulan Mei. Realisasi jumlah pemeriksaan sampai dengan triwulan II adalah sebanyak 11.028 pemeriksaan.

Pemeriksaan pada triwulan II didominasi oleh histopatologi dan imunohistokimia, yang menggambarkan tingginya kebutuhan pemeriksaan jaringan untuk menegakkan diagnosis serta menentukan karakteristik penyakit, khususnya pada kasus keganasan. Selain itu, pemeriksaan

sitologi, FNAB, frozen section, dan mutasi EGFR turut mendukung proses diagnostik dan pengambilan keputusan terapi secara lebih tepat. Meskipun terjadi fluktuasi jumlah pemeriksaan pada setiap bulan, capaian pelayanan secara keseluruhan tetap menunjukkan peran strategis Laboratorium Patologi Anatomi sebagai penunjang utama dalam pelayanan onkologi dan pelayanan spesialisik di rumah sakit.

14. Kesehatan Ibu & Anak (KIA)

**Tabel 20. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
pada Triwulan II Tahun 2026**

No.	Uraian	Jml. s.d. TW. I	Triwulan II				Jml. s.d. TW. II
			April	Mei	Juni	Jml.	
1.	Kelahiran Hidup	200	52	69	58	179	379
2.	Kelahiran Mati	12	5	6	3	14	26
3.	Bayi lahir hidup dg. BB < 2.000 gr	80	13	19	19	51	131
4.	Bayi lahir hidup dg. BB >2.000 gr	117	39	50	39	128	245
5.	Persalinan scr Spontan	31	8	15	7	30	61
6.	Persalinan dengan VE	0	0	1	0	1	1
7.	Persalinan dengan SC	168	46	58	49	153	321
8.	Kematian ibu hamil	1	0	0	1	1	2
9.	Kematian ibu bersalin	0	2	4	1	7	7
10.	Kematian bayi < 7 hr lahir di RS	0	0	1	1	2	2
11.	Kematian bayi (IUFD)	13	5	5	2	12	25

Jumlah kelahiran pada bulan April adalah 57 bayi lahir. Jumlah kelahiran pada bulan Mei adalah 75 bayi lahir atau naik 31,58% dibandingkan dengan bulan April. Jumlah kelahiran pada bulan Juni adalah 61 bayi lahir, turun 18,67% dibandingkan bulan Mei. Total jumlah kelahiran sampai dengan triwulan II adalah 405 bayi lahir.

Pada triwulan II Tahun 2026 tercatat 179 kelahiran hidup dan 14 kelahiran mati, sehingga secara kumulatif hingga Triwulan II terdapat 379 kelahiran hidup dan 26 kelahiran mati. Dari jumlah kelahiran hidup tersebut, sebanyak 128 bayi lahir dengan berat badan lebih dari 2.000 gram, sedangkan 51 bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2.000 gram yang memerlukan perhatian khusus dalam perawatan neonatal. Persalinan masih didominasi oleh sectio caesarea (SC) sebanyak 153 tindakan, jauh

lebih tinggi dibandingkan persalinan spontan sebanyak 30 kasus dan vakum ekstraksi (VE) sebanyak 1 kasus, yang menunjukkan rumah sakit sebagai fasilitas rujukan dengan proporsi kasus risiko tinggi. Pada periode yang sama tercatat 1 kematian ibu hamil, 7 kematian ibu bersalin, 2 kematian bayi usia kurang dari 7 hari yang lahir di rumah sakit, serta 12 kasus kematian janin dalam kandungan (IUFD). Data tersebut menunjukkan bahwa pelayanan KIA masih menghadapi tantangan dalam penanganan kehamilan dan persalinan berisiko tinggi, sehingga diperlukan penguatan deteksi dini komplikasi, optimalisasi tata laksana obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK), serta peningkatan koordinasi sistem rujukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

15. Klinik Psikologi Terpadu

Tabel 21. Data Kunjungan Klinik Psikologi Terpadu pada Triwulan II Tahun 2026

Bulan	Jumlah pasien	Status Pasien			
		Rajal	Ranap	Datang Sendiri	Rujukan
Jml. TW. I	117	5	10	102	15
April	35	4	0	31	4
Mei	40	40	0	40	0
Juni	62	1	6	55	7
Jml. TW. II	137	45	6	126	11
Jml. s.d. TW II	254	50	16	228	26

Jumlah pasien pada Klinik Psikologi Terpadu pada bulan April adalah 35 pasien. Jumlah pasien bulan Mei adalah 40 pasien atau naik 14,29% dibandingkan bulan April. Jumlah pasien bulan Juni adalah 62 pasien, meningkat 55% dibandingkan bulan Mei. Total jumlah pasien sampai triwulan II adalah 254 pasien.

Kunjungan pasien Klinik Psikologi sebagian besar pasien merupakan pasien rawat jalan dan datang melalui rujukan internal, yang menunjukkan semakin optimalnya integrasi layanan di rumah sakit. Peningkatan kunjungan ini mencerminkan meningkatnya pemanfaatan layanan psikologi, sehingga perlu diimbangi dengan penguatan kapasitas tenaga

profesional dan pengembangan layanan yang komprehensif untuk memenuhi kebutuhan pasien.

16. Medical Check Up

Tabel 22. Data Kunjungan Medical Check Up pada Triwulan II Tahun 2026

Bulan	Kunjungan			Jenis Kelamin		Cara Bayar		
	Baru	Lama	Jumlah	Laki2	Perempuan	Umum	BPJS	Lain-lain
Jml. TW I	279	182	461	216	245	446	0	15
April	199	112	311	143	168	309	0	2
Mei	363	123	486	185	301	485	0	1
Juni	301	169	470	216	254	360	0	110
Jml. TW II	863	404	1.267	544	723	1.154	0	113
Jml. s.d. TW II	1.142	586	1.728	760	968	1.600	0	128

Jumlah kunjungan pasien MCU pada bulan April sebanyak 311 pasien. Jumlah kunjungan pasien MCU pada bulan Mei sebanyak 486 pasien naik 56,27% dibandingkan bulan April. Jumlah kunjungan pasien bulan Juni adalah 470 pasien, turun 3,29% dibandingkan bulan Mei. Total jumlah kunjungan pasien sampai dengan triwulan II sebanyak 1.728 pasien.

Kunjungan pasien MCU didominasi oleh pasien baru (68,1%) dan sebagian besar menggunakan pembayaran umum (91,1%). Kondisi ini menunjukkan bahwa layanan MCU semakin dimanfaatkan sebagai upaya deteksi dini dan pemeriksaan kesehatan berkala, sehingga perlu terus didukung melalui peningkatan kualitas pelayanan, pengembangan paket pemeriksaan, serta perluasan kerja sama dengan instansi pemerintah, swasta, dan perusahaan untuk meningkatkan cakupan layanan preventif.

B. Kinerja Keuangan

1. Penyerapan Anggaran

Jumlah target fisik sampai dengan triwulan II adalah sebesar 55,72%, realisasi fisik 57,98%, berdeviasi 2,26%, realisasi belanja dana APBD sampai dengan triwulan II sebesar Rp626.734.669.336 atau 49,99%. Realisasi pelaksanaan APBD seperti pada tabel berikut :

**Tabel 23. Perkembangan Pelaksanaan APBD Provinsi Jawa Tengah
pada Triwulan II Tahun 2026**

NO	URAIAN	ANGGARAN (Rp)	TARGET FISIK (%)	REALISASI FISIK (%)	DEVIASI FISIK (%)	REALISASI KEUANGAN	
						Rp.	%
	RSUD Dr. Moewardi	1.253.600.228.000	55,72	57,98	2,26	626.734.669.336	49,99
1	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	1.253.600.228.000	55,72	57,98	2,26	626.734.669.336	49,99
	1.1 Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	93.200.228.000	100	0	0	60.042.551.089	64,42
	1.1.1 Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	93.200.228.000	100	0	0	60.042.551.089	64,42
	1.2 Peningkatan Pelayanan BLUD	1.160.400.000.000	52,16	54,60	2,44	566.692.118.247	48,84
	1.2.1 Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	1.160.400.000.000	52,16	54,60	2,44	566.692.118.247	48,84

2. Pendapatan

Tabel 24. Target dan Realisasi Pendapatan BLUD pada Triwulan II Tahun 2026

Keterangan	Target Tahun 2026	Realisasi sd TW. II	% Capaian TW. II
Pendapatan BLUD	1.160.400.000.000	646.365.034.826	55,70
Pendapatan Asli Daerah (PAD)	1.160.400.000.000	646.365.034.826	55,70
Retribusi Daerah	1.148.890.000.000	643.737.744.486	56,03
Retribusi Jasa Umum	1.148.890.000.000	643.737.744.486	56,03
Retribusi Pelayanan Kesehatan	1.148.890.000.000	643.737.744.486	56,03
Retribusi Pelayanan Kesehatan di RSUD	1.148.890.000.000	643.737.744.486	56,03
RSUD Dr. Moewardi - Sekretariat ***	1.148.890.000.000	643.737.744.486	56,03
Gawat Darurat	825.000.000	379.310.202	45,98
Rawat Jalan	18.000.000.000	8.293.314.193	46,07
Rawat Inap	17.550.000.000	2.402.292.682	13,69
Rawat Intensif	925.000.000	453.545.938	49,03
Bedah Sentral	7.750.000.000	3.620.247.371	46,71
Laboratorium Patologi Klinik	3.750.000.000	2.176.163.015	58,03
Laboratorium PA	250.000.000	174.363.410	69,75
Radiologi	2.000.000.000	1.346.418.566	67,32
Radioterapi	125.000.000	38.429.179	30,74
Rehabilitasi Medik	85.000.000	35.985.230	42,34
Ked. Forensik Dan Medicolegal	100.000.000	37.463.063	37,46
Farmasi	12.250.000.000	6.854.379.697	55,95
Sanitasi	195.000.000	97.343.456	49,92
Gizi	150.000.000	231.156.693	154,10
Ginjal Hipertensi	100.000.000	42.803.452	42,80
Ambulance/ Kendaraan	850.000.000	554.857.893	65,28
Home Visit	2.000.000	2.515.375	125,77
Pembayaran dengan Jaminan : BPJS/ Jamkesmas/Askes	1.053.683.000.000	596.793.266.202	56,64
Pembayaran dengan Jaminan : Non BPJS/ KS/Jamkesda	14.000.000.000	12.404.155.869	88,60
MCU	1.800.000.000	137.041.000	7,61
Pendapatan Diklat	14.500.000.000	7.662.692.000	52,85
Lain-Lain PAD Yang Sah	11.510.000.000	2.627.290.340	22,83
Pendapatan BLUD	11.510.000.000	2.627.290.340	22,83
Pendapatan BLUD dari Jasa Layanan	3.260.000.000	688.241.377	21,11
RSUD Dr. Moewardi - Sekretariat ***	3.260.000.000	688.241.377	21,11
Pendapatan Lain-Lain (Pihak-3, DII)	2.260.000.000	148.655.470	6,58
Sewa/Pemakaian Kekayaan Daerah (PKD)	1.000.000.000	539.585.907	53,96
A. Sewa Rumah Dinas	15.000.000	5.725.000	38,17
B. Sewa Ruangan / Aula	335.000.000	270.755.500	80,82

Keterangan	Target Tahun 2026	Realisasi sd TW. II	% Capaian TW. II
C. Sewa Kantin	170.000.000	137.776.010	81,04
D. Sewa Lahan Parkir	480.000.000	125.329.397	26,11
Pendapatan BLUD dari Lain2	8.250.000.000	1.939.048.963	23,50
Pendapatan BLUD Yang Sah			
Pendapatan BLUD dari Jasa Giro	750.000.000	1.178.364.033	157,12
Jasa Giro	750.000.000	1.178.364.033	157,12
Pendapatan BLUD dari Pendapatan Bunga	7.500.000.000	760.684.930	10,14
Penerimaan Bunga	7.500.000.000	760.684.930	10,14
	1.160.400.000.000	646.365.034.826	55,70

Berdasarkan data tersebut, realisasi pendapatan BLUD hingga Triwulan II Tahun 2026 mencapai Rp646.365.034.826 atau 55,70% dari target tahunan sebesar Rp1.160.400.000.000. Capaian ini menunjukkan bahwa pendapatan rumah sakit telah melampaui target proporsional semester pertama (50%), sehingga secara umum kinerja pendapatan berada pada jalur yang positif. Kontributor utama pendapatan masih berasal dari pembayaran dengan jaminan BPJS yang mencapai Rp596.793.266.202 (56,64% dari target), mencerminkan tingginya ketergantungan rumah sakit terhadap pelayanan peserta JKN. Beberapa unit pelayanan telah menunjukkan capaian yang baik, antara lain Instalasi Gizi (154,10%), Home Visit (125,77%), Jasa Giro (157,12%), Laboratorium Patologi Anatomi (69,75%), Radiologi (67,32%), dan Pelayanan Ambulans (65,28%). Namun demikian, masih terdapat beberapa sumber pendapatan yang realisasinya relatif rendah, seperti Medical Check Up (7,61%), Rawat Inap (13,69%), Pendapatan Bunga (10,14%), Pendapatan Lain-lain dari Pihak Ketiga (6,58%), dan Radioterapi (30,74%). Oleh karena itu, diperlukan optimalisasi pemanfaatan layanan yang belum mencapai target, penguatan strategi pemasaran layanan non-BPJS, percepatan penagihan piutang, serta diversifikasi sumber pendapatan untuk menjaga keberlanjutan kinerja keuangan rumah sakit hingga akhir tahun anggaran.

3. Cost Recovery

**Tabel 25. Cost Recovery BLUD (Parsial)
pada Triwulan II Tahun 2026**

Bulan	Penerimaan	Pengeluaran	% Cost Recovery
Januari	105.426.335.110	99.700.617.750	105,74
Pebruari	113.239.569.518	93.123.575.622	121,60
Maret	118.031.080.985	89.657.956.992	131,65
April	106.217.091.069	91.492.485.107	116,09
Mei	99.575.383.468	88.564.297.657	112,43
Juni	103.875.574.676	104.153.185.119	99,73
Jumlah	646.365.034.826	566.692.118.247	114,06

Cost recovery pendapatan BLUD terhadap pengeluaran BLUD sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 114,06%. Cost recovery menunjukkan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi terdapat surplus sebesar 14,06%.

**Tabel 26. Cost Recovery BLUD (Parsial) dengan Hutang
pada Triwulan II Tahun 2026**

No.	Bulan	Penerimaan	Pengeluaran	Hutang	% Cost Recovery
1	Januari	105.426.335.110	99.700.617.750	4.818.448.969	100,87
2	Pebruari	113.239.569.518	93.123.575.622	16.216.189.973	103,57
3	Maret	118.031.080.985	89.657.956.992	3.574.627.080	126,60
4	April	106.217.091.069	91.492.485.107	21.566.912.796	93,95
5	Mei	99.575.383.468	88.564.297.657	7.524.811.264	103,63
6	Juni	103.875.574.676	104.153.185.119	62.071.358.820	62,49
	Jumlah	646.365.034.826	566.692.118.247	115.772.348.902	94,71

Cost recovery pendapatan BLUD terhadap pengeluaran BLUD dan hutang sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 94,71%. Cost recovery menunjukkan angka di bawah 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi terdapat defisit sebesar 5,29%.

**Tabel 27. Cost Recovery Rate Total
pada Triwulan II Tahun 2026**

Bulan	Penerimaan	Pengeluaran	% Cost Recovery
Januari	105.426.335.110	112.837.515.956	93,43
Pebruari	113.239.569.518	106.269.900.472	106,56
Maret	118.031.080.985	116.814.863.795	101,04
April	106.217.091.069	98.094.906.327	108,28
Mei	99.575.383.468	88.564.297.657	112,43
Juni	103.875.574.676	104.153.185.119	99,73
Jumlah	646.365.034.826	626.734.669.326	103,13

Cost recovery pendapatan BLUD terhadap pengeluaran SKPD & BLUD sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 103,13%. Cost recovery menunjukan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi mengalami surplus sebesar 3,13%.

**Tabel 28. Cost Recovery Rate Total dengan Hutang
pada Triwulan II Tahun 2026**

No.	Bulan	Penerimaan	Pengeluaran	Hutang	% Cost Recovery
1	Januari	105.426.335.110	112.837.515.956	4.818.448.969	89,61
2	Pebruari	113.239.569.518	106.269.900.472	16.216.189.973	92,45
3	Maret	118.031.080.985	116.814.863.795	3.574.627.080	98,04
4	April	106.217.091.069	98.094.906.327	21.566.912.796	88,76
5	Mei	99.575.383.468	88.564.297.657	7.524.811.264	103,63
6	Juni	103.875.574.676	104.153.185.119	62.071.358.820	62,49
	Jumlah	646.365.034.826	626.734.669.326	115.772.348.902	87,05

Cost recovery pendapatan BLUD terhadap pengeluaran (SKPD & BLUD) dan hutang sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 87,05%. Cost recovery menunjukan angka di bawah 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi mengalami defisit sebesar 12,95%.

C. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pada Triwulan II ini ada 132 Indikator yang diukur. Berdasarkan hasil rekapitulasi laporan dari Bagian/Bidang/Unit terdapat 112 indikator (84,85%) yang memenuhi standar dan masih ada 20 indikator (15,15%) yang belum memenuhi standar dari 132 indikator. Hasil capaian secara keseluruhan seperti pada tabel berikut ini.



Tabel 29. Hasil Capaian SPM Triwulan II Tahun 2026

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR		BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	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	3,10	MS
		6	f	Kepuasan Pelanggan	1 tahun	≥ 70%	88,18%	MS
		7	g	Kematian pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat	5 tahun	≤ 2 ‰ (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	18,71	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	55,40	MS
		5	e	Kepuasan Pelanggan	1 tahun	≥ 90%	90,00%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
		6	f Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	1 tahun	≥60%	98,25%	MS
			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	87,32%	BMS
		5	e Kejadian infeksi pasca operasi	1 tahun	≤ 1,5 %	0,01%	MS
		6	f Kejadian Infeksi Nosokomial	2 tahun	≤ 1,5 %	0,31%	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 %	2,45%	BMS
		9	i Kejadian pulang paksa	1 tahun	≤ 5 %	0,12%	MS
		10	j Kepuasan pelanggan	1 tahun	≥ 90 %	91,62%	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

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
		4	d Tidak adanya kejadian operasi salah orang	1 tahun	100%	100,00%	MS
		5	e Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	1 tahun	100%	100,00%	MS
		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%	12,92%	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%	76,97%	BMS
		6	f Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	4 tahun	≤ 20 %	51,46%	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 %	95,71%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
6	Intensif	1	a Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1 tahun	≤ 3 %	0,16%	MS
		2	b Pemberi pelayanan Unit Intensif	1 tahun	100%	88,93%	BMS
7	Radiologi	1	a Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks	2 tahun	≤ 3 jam	1,50	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 %	97,30%	MS
8	1. Laboratorium Patologi Klinik	1	a Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1 tahun	≤ 140 menit	92,67	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 %	91,73%	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

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
		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) maksimal 5x24 jam	1 tahun	100%	99,02%	BMS
		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%	98,94%	BMS
		5	e Prevalensi kepositifan hasil kultur darah untuk bakteriologi	1 tahun	≥ 30 %	38,77%	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%	82,41%	BMS
9	Rehabilitasi Medik	1	a Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1 tahun	≤ 50 %	9,96%	MS
		2	b Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2 tahun	100%	100,00%	MS
		3	c Kepuasan Pelanggan	2 tahun	≥ 80 %	98,53%	MS
10	Pelayanan Farmasi	1	a Waktu tunggu pelayanan obat jadi	3 tahun	≤ 30 menit	63,50	BMS
		2	b Waktu tunggu pelayanan racikan	3 tahun	≤ 60 menit	89,50	BMS
		3	c Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	3 tahun	100%	100,00%	MS
		4	d Kepuasan Pelanggan	3 tahun	≥ 80 %	85,26%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
		5	e Penulisan Resep sesuai formularium	3 tahun	100%	100,00%	MS
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%	17,64%	MS
		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 %	0,00%	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%	57,22%	BMS
		2	b Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	3 tahun	100%	88,80%	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

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
16	Administrasi & Manajemen	1	a Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1 tahun	100%	100,00%	MS
		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 %	109,42%	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%	100%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
		17	q Ketepatan waktu pembayaran pengadaan barang/jasa anggaran BLUD kepada rekanan setelah berkas terverifikasi maksimal 2 hari	1 tahun	≥90%	92,78%	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%	100%	MS
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%	96,67%	BMS
		3	c Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	1 tahun	≥ 80 %	96,67%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	Ket.
18	Pemulasaraan Jenazah	1	a Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	1 tahun	≤ 2 Jam	1,09	MS
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	1	a Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	2 tahun	≥ 80 %	78,03%	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%	92,33%	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%	97,22%	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 %	97,11%	MS
23	Instalasi Pengelolaan Asset Tetap	1	a Ketepatan Pelaporan mutasi aset tetap	2 tahun	≥ 90%	100,00%	MS
		2	b Ketertiban Inventarisasi aset di setiap Ruangan (KIR)	2 tahun	≥ 90%	99,64%	MS

No	JENIS PELAYANAN	No. Urut	INDIKATOR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	STANDAR	TW II	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 %	99,86%	MS
25	Pelayanan Radioterapi	1	a Overall Treatment Time (OTT)	2 tahun	≥ 95 %	91,86%	BMS
		2	b Interval waktu Brakhiterapi	2 tahun	100%	93,47%	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 18,71%. 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 87,32% 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 2,45% 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% (76,97%) 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 51,46%. 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 88,93%.

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 pembedahan untuk mendapat kepastian diagnosa secara makroskopis.

f. Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi Klinik

1) 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) maksimal 5x24 jam tercapai 99,02% dari target 100%. Hal ini dikarenakan disebabkan oleh perlunya konfirmasi ulang pada hasil identifikasi atau uji kepekaan yang meragukan, ditemukannya kultur campuran yang memerlukan isolasi ulang, kegagalan pertumbuhan pada subkultur lanjutan serta adanya mikroorganisme yang memerlukan kondisi pertumbuhan khusus. Selain itu, beberapa kasus memerlukan pemeriksaan tambahan untuk memastikan validitas dan akurasi hasil sebelum dilaporkan.

2) 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 tercapai 98,94% dari target 100%. Hal ini dikarenakan

inkubasi diperpanjang sampe hari 7, belum ada pertumbuhan di hari 5 termasuk kuman yang sulit tumbuh.

- 3) Waktu tunggu hasil pelayanan parasitologi dan mikologi klinik melalui pemeriksaan kultur dan uji kepekaan maksimal 5x24 jam tercapai 82,41% dari target 100%. Hal ini dikarenakan karakteristik pertumbuhan jamur, terutama mold, yang umumnya memerlukan waktu 7–14 hari untuk tumbuh dan dapat diidentifikasi. Hal ini menyebabkan sebagian hasil pemeriksaan tidak dapat diselesaikan dalam batas waktu indikator 5 hari meskipun pemeriksaan telah dilakukan sesuai prosedur.

g. Pelayanan Farmasi

Waktu tunggu pelayanan obat jadi dengan hasil capaian 65 menit dari target ≤ 30 menit dan Waktu tunggu pelayanan obat racikan dengan hasil capaian 94,67 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.

h. Pelayanan Rekam Medik

- 1) Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam setelah Selesai Pelayanan. Target capaian SPM indikator ini adalah 100% tetapi hanya tercapai 57,22%. 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 88,80% 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 96,67% 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 78,03% 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 92,33% 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 97,22% dari standar 100%. Adapun ketidaktercapaian dari standar penyebabnya adalah adanya alat sterilisasi yang rusak dan suplai steam dari boiler yang terbatas.

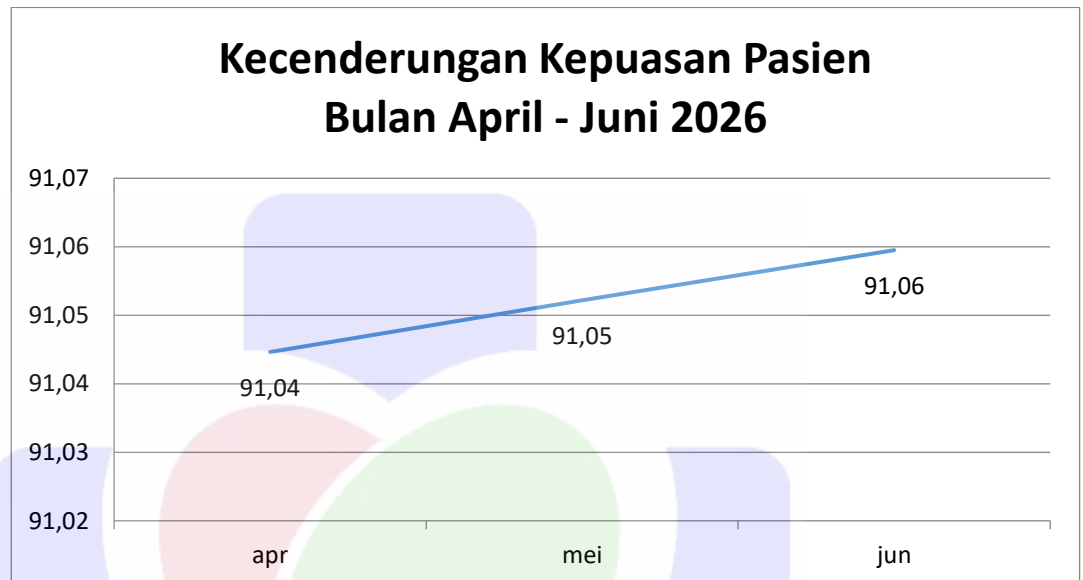
l. Pelayanan Radioterapi

1) Indikator Overall Treatment Time (OTT) tercapai 91,86% dari target 95%. Hal ini dikarenakan adanya kerusakan pesawat Linac serta kondisi pasien.

2) Indikator interval waktu Brakhiterapi belum memenuhi standar yaitu 93,47% dari target 100%. Hal ini disebabkan karena pasien yang mengalami perpanjangan interval.

D. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM)

Gambar 4. Hasil Capaian Survey Kepuasan Masyarakat pada Triwulan II 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 II (April - Juni 2026). Jumlah responden yang memberikan pernyataannya pada triwulan II 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, 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 peningkatan dibandingkan triwulan sebelumnya.

2. Kinerja Keuangan

a. Penyerapan Anggaran

Jumlah target fisik sampai dengan triwulan II adalah sebesar 55,72%, realisasi fisik 57,98%, berdeviasi 2,26%, realisasi belanja dana APBD sampai dengan triwulan II sebesar Rp626.734.669.336 atau 49,99%.

b. Pendapatan

Realisasi jumlah pendapatan sampai dengan triwulan II adalah Rp646.365.034.826 atau 55,70% dari target yang ditetapkan.

c. Cost Recovery Rate (CRR)

Cost recovery pendapatan BLUD terhadap pengeluaran BLUD sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 114,06%. Cost recovery menunjukkan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi terdapat surplus sebesar 14,06%. Sedangkan Cost recovery pendapatan BLUD terhadap pengeluaran BLUD dan hutang sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 94,71%. Cost recovery menunjukkan angka di bawah 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi terdapat defisit sebesar 5,29%.

Cost recovery pendapatan BLUD terhadap pengeluaran SKPD & BLUD sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 103,13%. Cost recovery menunjukkan angka di atas 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi mengalami surplus sebesar 3,13%. Sedangkan Cost recovery

pendapatan BLUD terhadap pengeluaran (SKPD & BLUD) dan hutang sampai dengan triwulan II 2026 adalah sebesar 87,05%. Cost recovery menunjukkan angka di bawah 100% artinya secara kumulatif kinerja organisasi mengalami defisit sebesar 12,95%.

3. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Berdasarkan hasil rekapitulasi laporan dari Bagian/Bidang/Unit terdapat 112 indikator (84,85%) yang memenuhi standar dan masih ada 20 indikator (15,15%) yang belum memenuhi standar dari 132 indikator.

4. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM)

Hasil Survey Kepuasan Pasien triwulan II adalah 91,05, 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.